

Constipation

Rédacteur : François MION

Références :

Vitton V, Damon H, et al. RPC de la prise en charge de la constipation. SNFCP éditions 2017.

Lacy BE, Mearin F, et al. Bowel Disorders. Rome IV. Gastroenterology 2016; 150: 1393-1407.

Piche T, Dapoigny M, et al. Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte. Gastroenterol Clin Biol. 2007 Feb;31(2):125-35.

Date : Février 2018

Définitions et diagnostic de la constipation chronique de l'adulte

1- La définition retenue par la classification de Rome IV repose sur l'association d'au moins 2 des symptômes suivants, présents depuis au moins 6 mois :

- Selles peu fréquentes (< 3 selles semaine)
- Selles dures, efforts de poussées, sensation d'évacuation incomplète, sensation de blocage ano-rectal, manœuvres digitales ou autres pour faciliter l'exonération (pour au moins 25% des défécations).

Les selles molles ou liquides sont rares en l'absence de laxatifs.

Si les douleurs abdominales sont fréquentes, on peut retenir le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable avec constipation.

2- Le diagnostic de la constipation chronique doit reposer sur 5 critères clés :

- histoire clinique (pathologies chroniques et médicaments notamment), avec utilisation si nécessaire d'un calendrier des selles et de l'échelle de Bristol (en annexe, consistance des selles)
- examen clinique y compris examen périnéal (inspection et exploration dynamique) et toucher rectal
- évaluation biologique standard (pour éliminer une cause métabolique et/ou des signes d'alarme, anémie ferriprive par exemple)
- coloscopie récente (pour éliminer une pathologie tumorale, notamment après 50 ans)
- éventuellement tests spécifiques pour établir les mécanismes physiopathologiques de la constipation.

Les explorations complémentaires

L'évaluation de la constipation chronique est avant tout clinique. On pourra recourir à certaines investigations para-cliniques si nécessaire.

1- Pour éliminer une cause organique (cf plus haut) : la coloscopie. Les indications de la coloscopie reposent sur les recommandations du dépistage des polypes et du cancer colorectal en population générale. La coloscopie ne permet pas de préciser le mécanisme d'une constipation chronique. La coloscopie doit toujours être envisagée pour éliminer une organicité (cf plus haut).

2- Pour étudier le mécanisme physiopathologique de la constipation : La manométrie ano-rectale (MAR), le test d'expulsion d'un ballonnet, la mesure du temps de transit colique (TTC) aux marqueurs radio-opaques, et une imagerie dynamique périnéale en cas de suspicion de trouble de la statique pelvienne sont recommandés.

a) Le test d'expulsion du ballonnet

Le test d'expulsion au ballonnet permet en principe d'éliminer le diagnostic d'asynchronisme abdomino-périnéal (valeur prédictive négative de 97%), mais n'est pas très bien standardisé (ballonnet rempli avec 50 ml d'eau, patient isolé en position physiologique dans des toilettes, test positif si évacuation en moins de 1 ou 2 minutes).

b) La manométrie ano-rectale

Elle évalue les fonctions sphinctériennes, les réflexes recto-anaux et la sensibilité rectale. Pour la constipation, elle permet de conforter le diagnostic de trouble de l'évacuation et de proposer un mécanisme physiopathologique (dyssynergie recto-anales, mégarectum fonctionnel, hypertonie anale, maladie de Hirschsprung). Son manque de standardisation nuit à son rendement diagnostique.

b) Le temps de transit colique (TTC)

La variabilité inter- et intra-individuelle est importante, et limite son impact diagnostique. Ce test ne permet pas toujours de différencier la constipation distale de celle de transit car il peut être augmenté en cas de constipation distale.

La réalisation de 2 TTC permet d'augmenter sa fiabilité, en particulier quand une indication chirurgicale est discutée.

c) Les explorations des troubles de la statique pelvienne (défécographie, colpocysto-défécographie, défécoIRM)

L'imagerie périnéale est utile pour mieux explorer une constipation d'évacuation quand l'examen clinique périnéal est anormal.

Ces explorations permettent d'observer et de préciser la nature d'une colprocèle postérieure (rectocèle, élytrocèle, sigmoïdocèle), une rectocèle, une intussusception intra-anales (prolapsus rectal intra-anal), une descente périnéale.

Il est souvent difficile d'affirmer la responsabilité des anomalies anatomiques mises en évidence dans la genèse des symptômes. Un traitement chirurgical ne doit être envisagé que lorsque la certitude d'améliorer les symptômes fonctionnels est acquise.

Les traitements de la constipation chronique

1- Les objectifs du traitement sont :

- Soulager les symptômes
- Améliorer la qualité de vie

2- Les moyens thérapeutiques

a) Les règles hygiéno-diététiques :

L'augmentation de la ration en fibres s'accompagne d'une augmentation du nombre des selles et l'amélioration de leur consistance. L'augmentation jusqu'à 15-40 grammes doit être progressive pour limiter la survenue des flatulences et des ballonnements.

L'activité physique et l'augmentation de la ration hydrique sont recommandées au titre du bien être général plus que de leur efficacité réelle sur la constipation.

b) Les laxatifs

- Les laxatifs osmotiques : les polyéthylènes glycol sont plus efficaces que le lactulose avec moins d'effets secondaires; ils sont bien tolérés avec un bon rapport coût efficacité. Ils sont recommandés en première intention.

- Les laxatifs de lest (psyllium, ispaghul) sont également recommandés en première intention.

- Les laxatifs lubrifiants (huile de paraffine) peuvent être utiles, recommandés en 2^e intention en cas d'échec des laxatifs osmotiques et de lest.

- Les laxatifs stimulants (dérivés de l'antraquinone (séné) ou précurseurs du diphenylméthane (bisacodyl, picosulfate de sodium)) ont une action motrice et sécrétoire, ils sont recommandés en 2^e intention. La diarrhée et des douleurs abdominales sont des facteurs d'interruption thérapeutique dans environ 10% des cas. Leur efficacité à long terme n'est pas documentée.

- les laxatifs prokinétiques (pyridostigmine (Mestinon® (parasympathomimétique), prucalopride (Resolor®, agoniste sérotoninergique sélectif des récepteurs 5-HT₄)) stimulent la motricité colique. L'efficacité du Mestinon est suggérée dans des études de petits effectifs. Le prucalopride est efficace dans 30% environ des constipations résistantes aux traitements laxatifs usuels, relativement cher et non remboursé par la SS. Ils sont recommandés en 2^e intention en cas d'échec des laxatifs usuels.

- Les laxatifs par voie rectale (lavements et suppositoires Eductyl®) sont recommandés en première intention dans la constipation d'évacuation. L'irrigation trans-anale par le système Peristeen peut être recommandée chez les patients neurologiques, notamment en cas d'incontinence anale associée.

c) rééducation abdo-périnéale

- la rééducation périnéale par biofeedback est recommandée après échec du traitement médical, pour le traitement de la constipation d'évacuation (dyssynergie abdomino-périnéale). La variabilité des pratiques rend difficile la standardisation de ce traitement, dont le succès dépend en grande partie de la motivation du patient et du thérapeute.

d) l'injection de toxine botulinique dans le sphincter anal

- l'objectif est de diminuer le tonus anal de repos ou de favoriser la relaxation sphinctérienne en poussée en cas de dyssynergie abdomino-périnéale caractérisée. Ce traitement peut être proposé en cas de constipation d'évacuation, les modalités pratiques de l'injection ne sont pas clairement définies.

e) les probiotiques et les thérapies complémentaires non médicamenteuses

- Il n'existe pas de preuve convaincante de l'efficacité de ces thérapies dans le traitement de la constipation chronique.

f) les traitements chirurgicaux

- la correction d'un trouble avéré de la statique rectale (rectocèle, prolapsus rectal intra-anal dyschésiant) peut être un facteur d'amélioration de la constipation d'évacuation. La prise en charge simultanée d'éventuels troubles de la statique des compartiments périnéaux antérieurs et moyens doit être discutée.

- la neuromodulation des racines sacrées n'a pas fait la preuve de son efficacité dans le traitement de la constipation sévère et n'est pas recommandée.

- la caecostomie avec irrigations coliques antérogrades (procédure de Malone) est une alternative possible en cas de constipation sévère de transit, après échec des traitements de première intention. La procédure peut être réalisée par voie endoscopique ou chirurgicale.

- dans les formes sévères de constipation de transit (inertie colique), lorsqu'une intervention de résection colique se discute, la colectomie totale est l'intervention recommandée, plutôt que les résections coliques segmentaires ou la coloproctectomie totale. L'indication doit être portée dans un centre expert, en dernier recours, et après des investigations poussées, tant sur le plan fonctionnel digestif que psychologique. Le patient doit être informé de la nature incertaine du bénéfice à long terme de ce type d'approche.

3- La stratégie thérapeutique

Les traitements doivent être hiérarchisés et il faut insister sur l'importance d'une prise en charge individualisée pour évaluer le plus objectivement possible les symptômes et l'évolution.

Les règles hygiéno-diététiques et les laxatifs de première intention (laxatifs osmotiques et de lest) doivent être utilisés dans tous les cas.

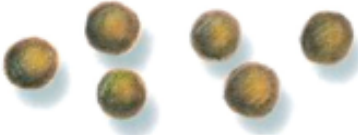




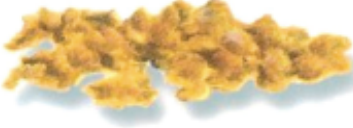

Les laxatifs irritants, lubrifiants et prokinétiques sont à proposer en 2^e intention.

En cas de constipation d'évacuation prédominante (dyschésie), les suppositoires, lavements et la rééducation périnéale par biofeedback doivent être prescrits facilement.

La correction chirurgicale des troubles de la statique rectale peut être envisagée si les investigations suggèrent fortement un lien entre l'anomalie anatomique et les symptômes.

Les autres approches doivent être considérées uniquement en cas d'échec des thérapeutiques précédentes, de préférence dans des centres experts, et après une évaluation approfondie y compris psychologique de la situation.

Annexe: Echelle de Bristol de la consistance des selles

Type 1		Boules dures séparées (scyballes), difficiles à expulser
Type 2		Selle moulée mais faite de grumeaux apparents
Type 3		Selle moulée et craquelée
Type 4		Selle moulée lisse et molle
Type 5		Morceaux solides mais mous, clairement séparés les uns des autres et faciles à expulser
Type 6		Selles pâteuses avec des morceaux solides non distincts les uns des autres
Type 7		Selles liquides