

## Item 280 – Constipation

<p><b>Définition</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insatisfaction du malade lors de la défécation due :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit à des <b>selles peu fréquentes</b> (&lt; 3 selles hebdomadaires)</li> <li>- Soit à une <b>difficulté pour exonérer</b> (efforts de poussée, sensation de gêne au passage des selles, évacuation incomplète, émission de selles dures, tems d'exonération anormalement prolongé, nécessité de manœuvres digitales)</li> <li>- Soit aux <b>deux</b></li> </ul> </li> <li>▪ <b>Attention</b> : émission de selles liquides n'élimine pas une constipation</li> </ul>		
<p><b>Epidémiologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15-20%</li> <li>▪ F&gt;H (rôle des hormones sexuelles)</li> </ul>		
<p><b>Physiopathologie</b></p>	<p><b>Constipation occasionnelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apparition <b>brutale</b></li> <li>▪ <b>Derniers mois de la grossesse, alitement, voyage</b></li> </ul>	
	<p><b>Constipation secondaire</b></p>	<p><b>Obstruction mécanique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer colorectal</li> <li>- Compression extrinsèque (tumorale bénigne ou maligne, adhérences post-chirurgicales)</li> <li>- Sténose colique non tumorale (diverticulaire, ischémique, en rapport avec maladie inflammatoire intestinale)</li> <li>- Sténose anale</li> </ul>
		<p><b>Maladies métaboliques et générales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabète</li> <li>- Hypothyroïdie</li> <li>- Hypercalcémie</li> <li>- Hypomagnésémie</li> <li>- Amylose</li> <li>- Sclérodémie</li> </ul>
		<p><b>Maladies neurologiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie de Parkinson</li> <li>- Tumeur médullaire</li> <li>- Traumatisme médullaire</li> <li>- AVC</li> <li>- Sclérose en plaques</li> <li>- Sd de Shy-Drager</li> </ul>
		<p><b>Médicaments</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgésiques (opiacés, tramadol)</li> <li>- Anticholinergiques (chlordiazépoxyde)</li> <li>- Antidépresseurs (amitriptyline, IRS, antipsychotiques)</li> <li>- Anticonvulsivants (carbamazépine)</li> <li>- Vincristine</li> <li>- Furosémide</li> <li>- Colestyramine</li> <li>- Fer</li> </ul>
<p><b>Constipation idiopathique</b></p>	<p><b>Ralentissement du transit colique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hypomotricité</b> (côlon atone) : ↓ amplitude et fréquence des contractions coliques de grande amplitude</li> <li>▪ <b>Hyperactivité</b> : ↑ des contractions segmentaires de la région sigmoïdienne, freinent la progression des matières. Dlr abdo (sd de l'intestin irritable avec constipation)</li> <li>⇒ Manque d'activité physique et déficit en fibres alimentaires, facteurs psychologiques</li> </ul>	

		<p><b>Troubles de l'évacuation rectale (dyschésie)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dysfonctionnement des sphincters de l'anus</b> : défaut d'ouverture lors de la poussée exonératrice =&gt; <b>dyssynergie anorectale</b></li> <li>▪ <b>Troubles de la statique pelvienne postérieure</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rectocèle</b> : hernie à travers la partie basse de la cloison rectovaginale</li> <li>- <b>Procidence rectale interne</b> (intussusception ou prolapsus rectal interne) : invagination de la paroi rectale dans le canal anal</li> <li>- <b>Syndrome du périnée descendant</b> : descente anormale de l'angle anorectal au-dessous de la ligne pubbococygienne</li> </ul> </li> <li>▪ Altération de la sensation de besoin exonérateur : <b>hyposensibilité rectale</b> ou <b>mégarectum</b></li> </ul>
<p><b>Diagnostic</b></p>	<p><i>Examen clinique</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Constipation de transit</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de selles &lt; 3 / semaines</li> <li>- Selles dures</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Constipation distale d'évacuation</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efforts de poussée</li> <li>- Sensation d'une gêne au passage des selles ou d'évacuation incomplète</li> <li>- Temps d'exonération anormalement prolongé</li> <li>- Nécessité de manœuvres digitales</li> <li>- Absence de besoin exonérateur</li> </ul> </li> </ul>
	<p><i>Examen physique</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Examen proctologique</u> (au repos et lors efforts de poussée, position gynécologique) : fissure, béance anale, prolapsus rectal, colprocèle, rectocèle, souillures anales</li> <li>▪ <u>Examen neurologique</u> : réflexe anal, recherche d'un déficit sensitif périnéal</li> <li>▪ <u>TR</u> : consistance des selles, existence de sang, tumeur palpable, contraction paradoxale du sphincter anal lors d'un effort de poussée (dyssynergie recto-anale)</li> </ul>
	<p><i>Explorations complémentaires</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Explorations biologiques</u> (si persistance constipation, pas de réponse à Tt, affection organique pressentie, signes d'alarme) : <b>glycémie, calcémie, créatinine, TSH, NFS, CRP</b></li> <li>▪ <u>Explorations morphologiques coliques</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Coloscopie totale</b> : si &gt; 50 ans, suspicion d'une cause organique, signes d'alarme (émissions glaireuses ou sanglantes, AEG, signes d'anémie), dépistage systématique du cancer du côlon</li> <li>- <b>Coloscanner</b> : CI de la coloscopie ou coloscopies incomplètes</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Explorations visant à comprendre le mécanisme d'une constipation idiopathique</u> : si pas amélioration par les fibres et/ou laxatifs, en l'absence de cause identifiable : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Temps de transit colique des marqueurs radio-opaques</b> : 10-12/j pendant 6 jours consécutifs, temps de transit normal 67h <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Constipations de progression</b> : stagnation dans le côlon</li> <li>- <b>Constipations distales</b> : stase dans le rectosigmoïde</li> <li>- <b>Association</b> des 2 types</li> </ul> </li> <li>○ <b>Manométrie anorectale</b> : pression dans ampoule rectale et parties hautes et basses du canal anal</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Rectographie dynamique (déféographie)</b> : visualisation des mouvements et positions du rectum (+ :- colpo-cysto-déféographie)</li> <li>○ <b>Manométrie colique</b> : mesure de la motricité colique pendant 24h. indiquée si suspicion d'une inertie colique</li> </ul>													
		<p><u>Résultats</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Constipation de transit</b> : temps de transit colique ralenti et manométrie anorectale normale</li> <li>▪ <b>Constipation distale</b> : trb de évacuatio rectale avec ralentissement segmentaire rectosigmoïdien =&gt; manométrie anorectale, rectographie dynamique, rectoscopie avec effort de poussée</li> <li>▪ Si temps de transit normal : 2 hypothèses : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Trb motricité anorectale et/ou de la statique rectale</b> =&gt; manométrie anorectale et déféographie</li> <li>- <b>Fausse constipation</b></li> </ul> </li> </ul>													
Traitement	<b>Constipation organique</b>	Tt de la cause													
	<b>Constipation idiopathique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constipation distale risque d'apparition d'un syndrome du périnée descendant =&gt; risque d'incontinence fécale</li> <li>▪ Modalités : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Conseils hygiéno-diététiques + laxatifs osmotiques</li> <li>2) Si échec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constipation de transit : tt laxatif Laxatifs stimulants slt si sujet âgé, constipation réfractaire aux autres tt</li> <li>- Constipation distale : laxatifs par voie rectale</li> <li>- Dyssynergie anorectale : rééducaiton périnéale (biofeedback)</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>													
		<i>Règles hygiéno-diététiques</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fibres alimentaires</b> (effets moins prononcés si constipation distale)</li> <li>▪ Augmentation progressive : étalée sur 8-10j en 2 prises quotidiennes =&gt; 15-30g/j</li> </ul>												
		<i>Laxatifs</i>													
			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Type</th> <th>Mécanisme d'action</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3"><b>Laxatifs osmotiques</b></td> <td>Hydratant (<b>macrogol</b>)</td> <td>Effet osmotique par fixation de molécules d'eau</td> </tr> <tr> <td><b>Hydroxyde de magnésium</b></td> <td>Effet osmotique et effet stimulant sur la motricité</td> </tr> <tr> <td>Sucres non absorbables (<b>lactulose, lactitol, mannitol, sorbitol, pentaérythrotol</b>)</td> <td>Effet osmotique + production intracolique d'acides gras volatils Favorisent survenue d'un ballonnement abdominal</td> </tr> <tr> <td><b>Laxatifs de lest</b></td> <td><b>Mucilages</b></td> <td>Formation d'un ballast retenant l'eau dans la</td> </tr> </tbody> </table>		Type	Mécanisme d'action	<b>Laxatifs osmotiques</b>	Hydratant ( <b>macrogol</b> )	Effet osmotique par fixation de molécules d'eau	<b>Hydroxyde de magnésium</b>	Effet osmotique et effet stimulant sur la motricité	Sucres non absorbables ( <b>lactulose, lactitol, mannitol, sorbitol, pentaérythrotol</b> )	Effet osmotique + production intracolique d'acides gras volatils Favorisent survenue d'un ballonnement abdominal	<b>Laxatifs de lest</b>	<b>Mucilages</b>
	Type	Mécanisme d'action													
<b>Laxatifs osmotiques</b>	Hydratant ( <b>macrogol</b> )	Effet osmotique par fixation de molécules d'eau													
	<b>Hydroxyde de magnésium</b>	Effet osmotique et effet stimulant sur la motricité													
	Sucres non absorbables ( <b>lactulose, lactitol, mannitol, sorbitol, pentaérythrotol</b> )	Effet osmotique + production intracolique d'acides gras volatils Favorisent survenue d'un ballonnement abdominal													
<b>Laxatifs de lest</b>	<b>Mucilages</b>	Formation d'un ballast retenant l'eau dans la													

				lumière intestinale
		<b>Laxatifs émoullissants</b>	<b>Huile de paraffine</b>	Lubrification du bol fécal
		<b>Laxatifs stimulants</b>	<b>Anthracéniques, bisacodyl, docusate et picosulfate de sodium, huile de ricin</b>	Stimulation de la motricité colique
		<b>Laxatifs par voie rectale</b>	Suppositoires, lavements	Déclenchement d'un besoin exonérateur par stimulation de la muqueuse rectale ou dégagement intrarectal de CO2
		<i>Colokinétiques</i>	<b>Prucalopride</b> (agoniste des récepteurs 5-HT4 de la sérotonine) ▪ Après échecs de laxatifs	
		<i>PEC psychologique</i>	▪ Quand trb psychiatriques ou notion de maltraitance physique ou d'abus sexuel	
		<i>Tt chirurgical</i>	▪ <u>Indications</u> : rectocèle, prolapsus rectal ; après échec des Tt médicaux et biofeedback ▪ <b>Colectomie subtotale</b> avec <b>anastomose</b> iléorectale ou des <b>irrigations antérogrades</b> : si inertie colique résistant à tous les Tt médicaux	
		<i>Constipation induite par les opiacés</i>	▪ Si symptômes rebelles aux tt habituels : <b>naloxéol</b> par voie orale ou <b>méthylnaltrexone</b> par voie SC	