

CONSTIPATION CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE: DE A A Z QUE FAIRE EN 2024 ?

Maryame El Khayari* and Amina Amjahed

Service De Gastrologie Hopital Régional Moulay Ali Cherif Errachidia.



*Corresponding Author: Maryame El Khayari

Service De Gastrologie Hopital Régional Moulay Ali Cherif Errachidia.

Article Received on 22/05/2024

Article Revised on 12/06/2024

Article Accepted on 02/07/2024

ABSTRACT

Constipation today still remains a very common, disabling symptom, neglected and often poorly treated despite very abundant literature. Constipation can be the expression of an organic disease and we must always remain vigilant in the face of the banality and frequency of this symptom. The etiologies are multiple and must be eliminated, but in more than 90% of cases this symptom will remain idiopathic. We will then speak of functional constipation as opposed to organic constipation.^[1]

KEYWORDS: Constipation can be the expression of an organic disease and we must always remain vigilant in the face of the banality and frequency of this symptom.

RESUME

La constipation reste aujourd'hui encore un symptôme très fréquent, handicapant, négligé et bien souvent mal traité malgré une littérature très abondante. La constipation peut être l'expression d'une maladie organique et il faut toujours rester vigilant face à la banalité et à la fréquence de ce symptôme. Les étiologies sont multiples et doivent être éliminées, mais dans plus de 90 % des cas ce symptôme restera idiopathique. On parlera alors de constipation fonctionnelle par opposition à une constipation organique.^[1]

Le but de notre article c'est de faire une mise au point traitant la conduite à tenir devant une constipation chronique chez l'adulte à la lumière des nouvelles recommandations.

The aim of our article is to provide an update on what to do when faced with chronic constipation in adults in light of the new recommendations.

1. Comment définir la constipation chronique ?

La constipation se définit par l'existence de défécations non ou insuffisamment satisfaisantes pour le patient, conséquences de selles peu fréquentes, de difficultés à l'exonération, voire des deux. La persistance de

symptômes au-delà de 3, voire 6 mois permet de poser un diagnostic de constipation chronique.^[2]

2. Quels caractères épidémiologiques de la constipation chronique et ses facteurs de risques ?

La prévalence globale de la constipation chronique est 9 à 16 %, elle augmente avec l'âge, elle est plus fréquente chez la femme avec un sexe ratio F/H à 1.5 à 2.^[3]

Les différents facteurs de risques de la constipation sont.^[4]

1. Vieillesse, avec RR 1.9.
2. Femme avec RR 2.32.
3. Syndrome démentiel avec RR 2.34.
4. Séquelle de maladie neurologique avec RR 11.
5. ATCD Familiaux avec RR 1.6.
6. Diabète avec RR 1.37.

3. Comment classer la constipation chronique chez l'adulte ?

Dans la constipation chronique il faut différencier la constipation fonctionnelle de la constipation secondaire ou organique, mais aussi il faut différencier la constipation du transit de la constipation terminale ou distale.

Constipation fonctionnelle selon les Critères de Rome IV. (Les symptômes doivent être présents durant les 3 derniers mois et être apparus au moins 6 mois auparavant). ^[5]	Présence de 2 ou plus des signes suivants
	1.Effort de poussée dans plus de 25 % des défécations
	2.Scybales ou selles dures (Bristol 1 ou 2) dans plus de 25 % des défécations
	3.Sensation d'évacuation rectale incomplète dans plus de 25 % des défécations
	4.Sensation d'obstruction/blocage ano-rectal dans plus de 25 % des défécations
	5.Manoeuvres manuelles pour faciliter l'évacuation des selles (manoeuvres digitales,

	support périnéal) dans plus de 25 % des défécations
	6. Moins de 3 évacuations spontanées par semaine
	7. Des selles liquides sont rarement présentes sans prise de laxatifs
	8. Absence de critères suffisants pour un diagnostic de syndrome de l'intestin irritable
Constipation secondaire	Implique l'existence d'une maladie organique à l'origine des symptômes.
Constipation du transit	Est plus rare et caractérisée par une réduction de l'activité motrice colique.
Constipation distale	Correspond à une sensation d'évacuation rectale incomplète, une sensation de blocage ano-rectal ou la nécessité pour le patient de recourir à des manœuvres défécatoires (manœuvres d'extraction digitales, support périnéal).

Quelle démarche à suivre devant une constipation chronique ?^[6]

1. Authentifier le symptôme et le caractériser.
2. Rechercher des signes d'alarmes.
3. Différencier entre une constipation de transit et/ou une constipation terminale ou d'évacuation.
4. Rechercher les causes d'une constipation secondaires.
5. Rechercher les autres causes et les comédications.
6. Évaluer le retentissement social, psychologique, sexuel etc.....

Quels sont les Signes d'alarmes à chercher devant une constipation chronique ?^[7]

1. Constipation d'installation récente ou Aggravation récente des selles ou non réponse au traitement surtout après 50 ans.
2. Présence de sang dans les selles.
3. Amaigrissement, altération de l'état général.
4. Masse abdominale.
5. Anémie.
6. Douleurs abdominales significatives.
7. Antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, polyposé, maladie cœliaque.

Quels sont les causes secondaires de la constipation ?^[8]

- ❖ **Métaboliques:** diabète; hypothyroïdie; hypercalcémie; hyperuricémie; insuffisance rénale chronique; pseudo-hypoparathyroïdie; panhypopituitarisme; phéochromocytome; porphyrie.
- ❖ **Maladies du système nerveux:** maladie de Parkinson; sclérose en plaques; tumeur/traumatisme médullaire; neuropathie périphérique; pseudo-obstruction intestinale chronique.
- ❖ **Obstruction mécanique:** cancer colorectal; sténose colique (maladie de Crohn, postopératoire, post-ischémique, diverticulaire..); endométriose.
- ❖ **Médicaments:** analgésiques; antidépresseurs et antipsychotiques; antihypertenseurs; anticholinergiques; antiparkinsoniens; antiépileptiques; résines (cholestyramine).
- ❖ **Autres:** dépression; démence; grossesse; myopathies.

Quel bilan minimale à demander devant une constipation chronique ?^[9]

- ❖ Numération globulaire, CRP.
- ❖ Une créatininémie, Ionogramme sanguin avec kaliémie, Magnésimie.
- ❖ Une calcémie
- ❖ Une glycémie, Hb glyquée
- ❖ TSH
- ❖ Sérologie cœliaque

Quels sont les investigations possibles devant une Constipation ?^[10]

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: **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.
- 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** 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** 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.
 - c) **Le temps de transit colique (TTC)** 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.

d) **Les explorations des troubles de la statique pelvienne** (défécographie, colpocysto-défécographie, défécoIRM) 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 colpocèle postérieure (rectocèle,

étyrocèle, 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.

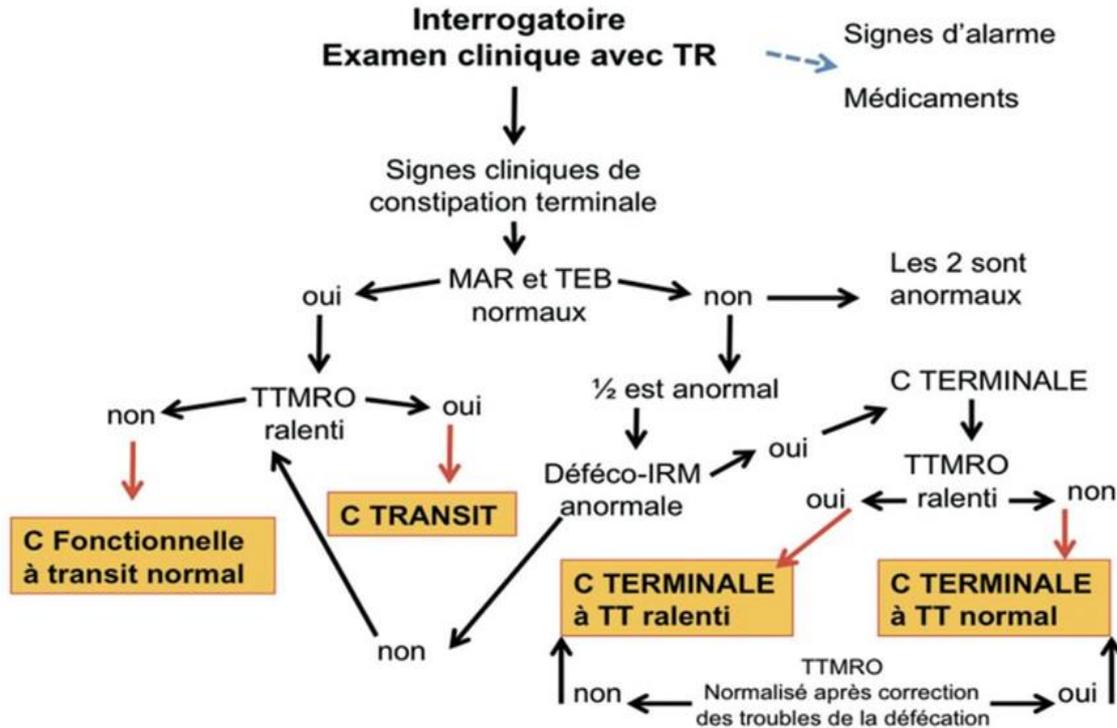


Figure 1. Arbre décisionnel face à une constipation non organique (adapté d'après.^[11]

MAR: manométrie ano-rectale; TEB: test d'expulsion du ballonnet;

TTMRO: temps de transit aux marqueurs radio-opaques

Quels sont les différents volets de prise en charge d'une constipation ?

1. Mesures hygiéno-diététiques

- Se présenter aux toilettes 30 à 40 min après repas.
- Se présenter aux toilettes le matin.
- Surélever les pieds lors de la défécation à l'aide d'un petit tabouret, toilette turque ou flexion des genoux sur l'abdomen (angle 35, favoriser l'action propulsive des muscles pelviens).
- Améliorer les conditions environnementales défécatoires:
Intimité auditive, visuelle et olfactive.
Être au calme, détendu
Respecter une durée suffisante pour satisfaire le besoin.
- **Activité physique:** pour lutter contre la sédentarité et diminuer les facteurs de risque cardio-vasculaires.
- **Constipation et apports hydriques:** Quatre études randomisées récentes ont montré que des apports quotidiens de 0,5 à 1 litre d'eau minérale riche en magnésium augmentaient significativement (15 à 20 %) le nombre de selles hebdomadaires.^[12]
- **Fibres et constipation:** Les fibres sont des résidus

alimentaires non digérés par l'intestin grêle. Il faut différencier, les fibres insolubles, comme le son de blé et les fibres solubles, comme le psyllium. Les fibres insolubles augmentent le contenu en eau dans le grêle, accélèrent le transit intestinal et colique et augmentent le nombre de selles.^[13]

2. **Constipation et pruneaux, kiwis et figues:** par accumulation de sorbitol dans les fruits secs lors des processus de dessiccation.

3. Traitements médicales

Différents type de laxatifs et mécanismes d'action^[2]

Laxatifs de lest	Fibres insolubles	Son de blé	Augmentation du contenu en eau dans le grêle, Accélération du transit intestinal et colique Augmentation du nombre de selles
	Fibres solubles	Psyllium, gommes, mucilages	Augmentation du contenu en eau dans le grêle et le côlon, Augmentation du poids des selles et leur fréquence
Laxatifs osmotiques	Sucrés	Lactulose, lactitol, sorbitol...	Sucres non absorbés, agissant par leur pouvoir osmotique
	Salés	Macrogols	PEG non absorbé agissant par son pouvoir osmotique
Laxatifs lubrifiants	Huile de paraffine		Agent lubrifiant
Laxatifs stimulants	Bisacodyl		Prodrogue métabolisée par le microbiote Stimule la motricité
	Antraquinone, sennosides		Prodrogue métabolisée par le microbiote Stimule la motricité
	Prucalopride		Agoniste 5-HT4 Stimule la motricité
	Pyridostigmine		Inhibiteur de l'acétylcholine estérase Stimule la motricité
Autres	Linacotide		Agoniste de la guanylate cyclase Effet sécrétoire dans le côlon
Lavements			Favorise évacuation rectale
Suppositoire	Glycérine		Favorise évacuation rectale
	Glycérine + CO2		Favorise évacuation rectale

Que disent les Recommandations en pratique ?^[14]

Laxatifs de premier intention: Les laxatifs Osmotiques (PEG >Lactulose) ou Laxatifs de Lest apres ou en complément des régimes hygiéno-diététiques.

Laxatifs de 2^{eme} intention: Laxatifs Lubrifiants ou Laxatifs Stimulants. L'association des laxatifs peut être recommandés si non amélioration.

Laxatifs par voie basse si constipation distale: Premier intention:suppositoire de potassium tartrate acide, associée à la rééducation pour assurer un effet synergique et durable.

Qu'on est –il de la Rééducation Biofeedback ?^[15]

La rééducation périnéale par biofeedback est recommandée après échec du traitement médical, pour le traitement de la constipation d'évacuation (dyssynergie abdominopérinéale). 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.

Quels sont les indications de la chirurgie lors de la constipation ?^[14]

Il est recommandé que l'indication soit posée dans un centre expert, en dernier recours, après échec des autres alternatives médicales et mini-invasives. Lorsqu'une approche opératoire se discute pour un patient présentant une constipation de transit, la colectomie totale est l'intervention de référence recommandée. On ne peut pas recommander la colectomie segmentaire comme

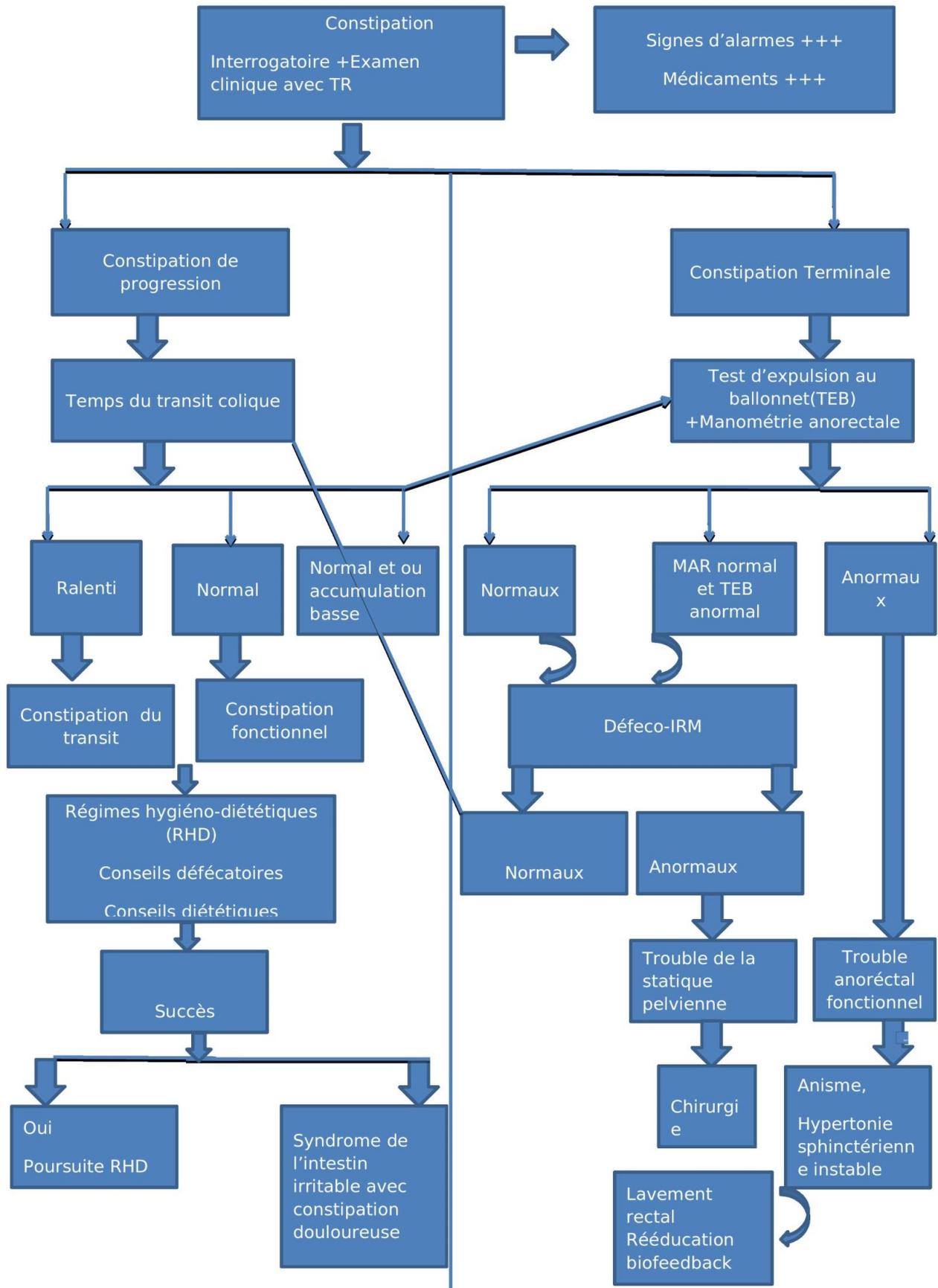
traitement chirurgical de référence pour la constipation de transit par insuffisance de résultats dans la littérature.

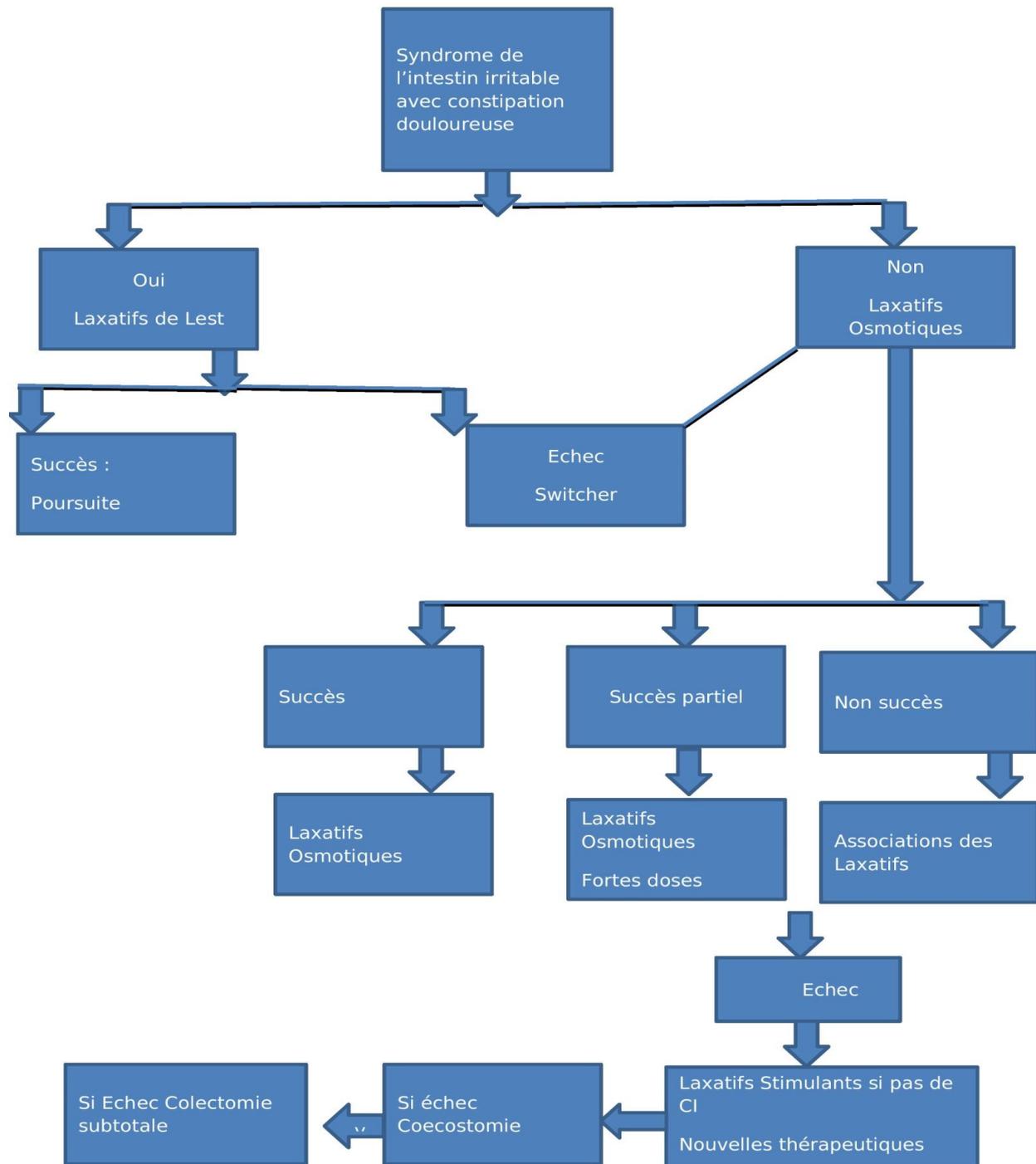
Dans le cas d'une constipation terminale et sous réserve d'une imagerie radiologiquement significative et en rapport avec la symptomatologie du patient, la correction d'un trouble de la statique rectale peut être un facteur d'amélioration de la constipation. Les 2 approches abdominale et transanale ont montré leur efficacité dans cette indication (Niveau de preuve III pour la rectopexie; Niveau de preuve I pour l'intervention de STARR).

Points Essentielles

- 1.L'interogatoire et l'ecoute du patient sont essentiels pour une bonne approche diagnostique.
- 2.Le toucher rectal est essentielle pour explorer le tonus, peut mettre en évidence un anisme.
- 3.Les examens complémentaires sont pas systématiques. Ils sont indiqués lors d'une constipation résistante à un traitement médical bien menée.

Conduite à tenir Pratique





REFERENCES

1. « Explorations utiles et inutiles d'une constipation chronique de l'adulte », FMC-HGE. Consulté le: 13 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/explorations-utiles-et-inutiles-dune-constipation-chronique-de-ladulte/
2. B. Coffin, « Constipation et traitements laxatifs : l'EBM face aux idées reçues ».
3. A. Tamura *et al.*, « Prevalence and Self-recognition of Chronic Constipation: Results of an Internet Survey », *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, oct. 2016; 22(4): 677-685, doi:10.5056/jnm15187.
4. C. R. Quander, M. C. Morris, J. Melson, J. L. Bienias, et D. A. Evans, « Prevalence of and factors associated with fecal incontinence in a large community study of older individuals », *Am J Gastroenterol*, avr. 2005; 100(4): 905-909, doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.30511.x.
5. I. Aziz, W. E. Whitehead, O. S. Palsson, H. Törnblom, et M. Simrén, « An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation », *Expert Review of*

- Gastroenterology & Hepatology*, janv. 2020; 14(1): 39-46, doi: 10.1080/17474124.2020.1708718.
6. J.-D. Zeitoun et V. de Parades, « Constipation chronique chez l'adulte », *La Presse Médicale*, 42(9): Part 1, p. 1176-1185, sept. 2013, doi: 10.1016/j.lpm.2012.09.034.
 7. « Constipation ». Consulté le: 2 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://ueg.eu/p/110>
 8. T. Piche *et al.*, « Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte: Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults », *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2007; 31(2): 125-135, févr., doi: 10.1016/S0399-8320(07)89342-0.
 9. « Constipation ». Consulté le: 7 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://ueg.eu/p/110>
 10. « cp035-constipation_2018.pdf ». Consulté le: 6 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Bibliothèque_scientifique/cp035-constipation_2018.pdf
 11. A. E. Bharucha et A. M. Wald, « Anorectal Disorders », *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, avr. 2010; 105(4): 786, doi: 10.1038/ajg.2010.70.
 12. C. Dupont et G. Hébert, « Magnesium Sulfate-Rich Natural Mineral Waters in the Treatment of Functional Constipation—A Review », *Nutrients*, juill. 2020; 12(7): Art. n° 7, doi: 10.3390/nu12072052.
 13. M. Corsetti *et al.*, « Chronic constipation in adults: Contemporary perspectives and clinical challenges. 2: Conservative, behavioural, medical and surgical treatment », *Neurogastroenterology & Motility*, 2021; 33(7): e14070, doi: 10.1111/nmo.14070.
 14. « Constipation-RPC-TC-2017.pdf ». Consulté le: 13 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/Recommandations/Constipation-RPC-TC-2017.pdf>
 15. « cp035-constipation_2018.pdf ». Consulté le: 13 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Bibliothèque_scientifique/cp035-constipation_2018.pdf