

Constipation chronique (300)

Professeur Jacques FOURNET

Avril 2003

Pré-Requis :

- Motricité intestinale
- Sensibilité digestive
- Anatomie du périnée
- Physiologie de la défécation
- Sémiologie des troubles du transit

Résumé :

Ce symptôme fréquent est le plus souvent fonctionnel et prédomine dans le sexe féminin. Après avoir éliminé l'organicité (assez rare), il importe de distinguer les constipations de progression, des dyskinésies recto-anales (constipation d'évacuation) de prise en charge différente. Les dyskinésies recto-anales peuvent entraîner à long terme des altérations anatomiques du périnée avec leur retentissement sexuel, urinaire et fécal. Elle ne doit jamais être négligée malgré, son apparente bénignité.

Mots-clés :

Colopathie fonctionnelle, Dyskinésie recto-anale

1. Introduction – définition

Plus souvent qu'une maladie organique, il s'agit d'un trouble fonctionnel d'une très grande fréquence. Un consensus existe quant à sa définition, caractérisée par la diminution significative du nombre d'exonérations par semaine, inférieur ou égal à 3, le caractère chronique étant défini par l'ancienneté du trouble, supérieur ou égale à 1 mois. Assez fréquemment, il coexiste une dyschésie recto-anale sur le plan sémiologique.

2. Classification étiopathogénique des constipations

2.1. Causes systémiques

2.1.1. Les constipations secondaires à la prise de médicaments

Extrêmement fréquentes, et dont la liste ne peut être exhaustive. Parmi les médicaments le plus souvent incriminés, on retrouve : les anti-cholinergiques, les neuroleptiques, les anti-dépresseurs, les opiacés et les anti-acides.

2.1.2. Les désordres métaboliques type hypokaliémie et hypercalcémie

Sont classiques mais rares.

2.1.3. Les endocrinopathies sont dominées par l'hypothyroïdie

La constipation peut révéler, même de façon isolée, une hypothyroïdie. L'autre endocrinopathie fréquemment associée à une constipation est un diabète avec neuropathie, plus rarement le phéochromocytome.

2.1.4. Parmi les affections neurologiques, la maladie de Parkinson et les tumeurs cérébrales (tumeur du tronc cérébral)

Sont classiquement associées à une constipation chronique.

2.2. Causes digestives : les plus fréquentes

2.2.1. Les causes anales

Fissures ou hémorroïdes compliquées notamment, souvent responsables de constipation transitoire.

2.2.2. Les causes peuvent être coliques organiques

Cancer du côlon en particulier du côlon gauche, mais aussi diverticulose sigmoïdienne (forme majeure) ou sténose d'origine inflammatoire...

2.2.3. Elles peuvent être fonctionnelles le plus souvent

Elles sont dominées par l'erreur diététique c'est-à-dire un régime pauvre en résidus. On trouve également très fréquemment la colopathie fonctionnelle avec alternance diarrhée-constipation, plus ou moins associée à des douleurs abdominales. En ce cas le trouble responsable initial est la constipation, qu'il faut traiter.

2.2.4. Autres causes de constipation digestive

2.2.4.1. La dyschésie recto-anale

Elle est reconnue par l'examen manométrique de l'appareil anorectal et la défécographie sur des signes cliniques évocateurs. Cette anomalie est fréquente ++.

2.2.4.2. La maladie de Hirschprung rare chez l'adulte

La constipation commence le plus souvent dans l'enfance ; le rectum est de petite taille et le côlon distendu (mégacôlon) sur le lavement baryté. La manométrie anorectale révèle une absence de réflexe recto-anal inhibiteur au niveau du sphincter interne (muscle lisse). La

biopsie rectale musculaire effectuée chirurgicalement confirme une aganglionose des plexus nerveux pariétaux.

2.2.4.3. L'inertie colique est exceptionnelle

L'absence totale de motricité colique est due à la dégénérescence des plexus nerveux antérieure. Le diagnostic final repose sur une manométrie du colon ou l'électromyographie colique.

3. Circonstances de découverte

Celles-ci reposent sur un interrogatoire extrêmement minutieux et systématique, pour préciser :

3.1. L'ancienneté des troubles

Une constipation évoluant depuis la naissance évoque une maladie de Hirschprung ; une constipation évoluant depuis l'adolescence ou l'âge adulte est plus souvent idiopathique ; enfin une constipation récente est très souvent symptomatique d'une affection organique sous-jacente (cancer notamment ou autre sténose).

3.2. Le mode de vie

Et en particulier les habitudes alimentaires des patients (consommation insuffisante en céréales, fruits, légumes...), la sédentarité, les impératifs professionnels rendant difficiles les périodes d'exonérations ; il convient en pratique d'évaluer le degré de constipation sous régime enrichi en fibres.

3.3. La prise de laxatifs

Et en particulier de laxatifs irritants, à base de phénolphtaléine ou d'anthraquinone (ces laxatifs sont classiquement responsables de colites aux laxatifs mais en réalité la fréquence de cette affection est beaucoup moins répandue qu'on a bien voulu le dire) : elle ne correspond qu'à des prises importantes et prolongées de ces médicaments sur de nombreuses années.

3.4. La consommation d'autres médicaments

La liste des médicaments favorisant la constipation est longue.

3.5. bien entendu le type de constipation se distingue souvent par l'absence de besoin, qui traduit assez souvent un trouble de la progression colique

3.6. Dyschésie rectoanal

Elle traduit une difficulté d'évacuation terminale au niveau de l'ampoule rectale ou du canal anal : il faut rechercher par un interrogatoire soigneux des signes non spontanément énoncés par le patient : notion de poussées abdominales et périnéales infructueuses, sensation de plénitude rectale persistante, sensation d'évacuation incomplète, nécessité de recours à des suppositoires ou à des lavements, à des manœuvres digitales d'évacuation par voie rectale ou vaginale.

Le risque évolutif des dyskésies est chez la femme le syndrome du périnée descendant avec prolapsus génitaux urinaire et même rectal secondaire à des poussées abdominales et pelviennes importantes ; cet état peut être responsable à terme d'incontinence fécale par neuropathie ischémique d'étirement.

3.7. L'interrogatoire clinique précis nécessite une mise en confiance du patient il doit s'enquérir également de la fonction urinaire et de la sexualité +++

4. Le diagnostic

Il convient en pratique d'évaluer le degré de constipation après un régime riche en fibres, légumes et fruits, voir de traitement symptomatique simple avant de lancer un bilan trop complexe.

4.1. L'examen de l'appareil digestif

L'examen clinique sera complet, comprenant une palpation abdominale soigneuse à la recherche d'une masse tumorale abdominale, un examen systématique de l'anus à la recherche de fissures ou d'hémorroïdes, un toucher rectal à la recherche d'un prolapsus rectal, d'une pathologie hémorroïdaire ou simplement la présence de selles importantes dans le rectum (le rectum est normalement vide). Ce dernier signe étant fréquent dans les dyskinésies. L'examen du périnée dans son ensemble est nécessaire.

4.2. L'examen clinique des autres appareils

Est important notamment pour éliminer une constipation symptomatique d'une maladie d'origine non digestive, par exemple endocrinologique : hypothyroïdie, notamment.

4.3. L'indication de coloscopie totale

Elle est justifiée elle se pose particulièrement chez un sujet de plus de 40 ans, surtout si la constipation est apparue récemment. La coloscopie permettra d'éliminer formellement une affection organique du cadre colique, en particulier un cancer du colon révélé par une constipation ou une sténose inflammatoire.

4.4. En cas de négativité des examens, et l'échec du traitement symptomatique

Une manométrie anorectale et une défécographie dynamique doivent être effectuées si l'on suspecte une dyskinésie. Si l'on suspecte une constipation de progression, on effectue un test de temps de transit. L'indication d'électromyographie colique est exceptionnelle. Il est en fait envisagé que lorsque toutes les étiologies ont été éliminées qu'il y ait une résistance complète au traitement de la constipation.

5. Traitement

5.1. Erreur diététique et correction

C'est encore une fois la cause la plus fréquente de constipations. Il faut expliquer au malade l'origine de sa constipation, lui faire admettre des règles hygiéno-diététiques : fibres alimentaires fruits à chaque repas, boisson abondante, exercice physique.

5.2. Comme « starter » thérapeutique on peut donc utiliser, au moins au départ, un laxatif

Par exemple le polyéthylène glycol ou le lactulose (laxatifs osmotiques). On peut également prescrire des laxatifs de lest: son de blé ou mucilages +++....

5.3. Dyschésie

Au cours de la dyschésie vraie, avec dyschésie rectoanale sur le tracé manométrique, l'indication de biofeedback ou rééducation de l'appareil sphinctérien donne de bons résultats après quelques séances. Le problème est la rechute dans le temps. Il ne faut pas hésiter à envisager de nouvelles séances de rééducation chez ces malades qui présentent comme trouble manométrique essentiel une absence de relaxation du sphincter externe lors de la poussée (= anisme). Cette anomalie est observée essentiellement chez l'enfant et chez la femme jeune. Il en est de même de la diminution de la sensibilité au remplissage du rectum. On peut utiliser en complément des suppositoires non agressif à la Glycérine ou l'Eductyl pour initier la défécation voir mieux, de petits lavements moins irritants (petits lavements environ 3 fois/semaine). La position de défécation est également très importantes (fesses plus basses que les genoux).

5.4. Constipation du sujet âgé ou alité

Les laxatifs osmotiques ou de lest sont utilisés ; en cas d'échec, les laxatifs irritants (ex. Jamlène® - Dulcolax® - Contalax®) sont autorisés à dose modérée et quotidienne pour éviter les FECALOMES).

5.5. Inertie colique : très rare

Elle est une indication de colectomie qui ne peut être posée qu'après un essai de traitement médical suffisamment prolongé.

Elle doit être exceptionnelle. Aucune indication de colectomie ne doit être portée sans un bilan exhaustif incluant une électromyographie (rarissime).