

La constipation

approche diagnostique et thérapeutique

par Réjean Dubé

M^{me} Constance Boucher, 34 ans, vous consulte pour la cinquième fois en six mois pour un problème de constipation grave. Vous avez déjà essayé toute une panoplie de produits laxatifs, mais aucun ne semble donner de résultats satisfaisants. Elle dit devoir rester plus de 30 minutes sur le siège des toilettes sans parvenir à expulser la moindre selle. Qu'allez-vous lui répondre ? Avez-vous des solutions à lui proposer ?

LA CONSTIPATION EST UN SYMPTÔME très fréquent. On fait état d'une prévalence pouvant s'élever jusqu'à 20 %. Elle est plus souvent signalée par les femmes et elle s'aggrave avec l'âge. Même si la majorité des gens qui consultent ne souffrent pas de maladie grave, il importe de déceler ceux pour qui une investigation plus poussée est indiquée. Il faut aussi connaître les diverses options thérapeutiques permettant d'obtenir un soulagement optimal du problème.

Définition

Les médecins de famille se fondent surtout sur la fréquence des selles pour définir la constipation. En 1988, des spécialistes chercheurs internationaux se sont réunis à Rome afin d'établir des critères diagnostiques des problèmes intestinaux fonctionnels, ce qui a donné naissance aux critères de Rome I. Ils ont été légèrement modifiés en 1998, ce qui s'est soldé par les critères de Rome II. Ces derniers incluent cinq autres éléments cliniques de diagnostic de la constipation fonctionnelle (*tableau I*)¹. Lorsqu'à ces critères s'ajoutent un malaise ou une douleur abdominale d'une durée d'au moins 12 semaines au cours des 12 derniers mois, on parle alors de syndrome du côlon irritable.

Facteurs de risque

La constipation est associée à un faible apport calorifique, à l'inactivité physique, à la prise de nombreux médicaments, à un faible niveau socio-économique, à la dépression et à des antécédents d'agression physique ou sexuelle². Les études n'ont toutefois pas montré de relation de cause

Le D^r Réjean Dubé, gastro-entérologue, exerce au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), hôpital Hôtel-Dieu.

T A B L E A U I

Constipation fonctionnelle : critères diagnostiques de Rome II

Présence d'au moins deux des critères suivants, pendant au moins 12 semaines, consécutives ou non, au cours de la dernière année :

1. Effort de défécation, plus de 25 % du temps
2. Selles dures ou en boule, plus de 25 % du temps
3. Sensation d'évacuation incomplète, plus de 25 % du temps
4. Sensation de blocage ou d'obstruction anale ou rectale au moment de la défécation, plus de 25 % du temps
5. Manœuvres manuelles pour faciliter la défécation, plus de 25 % du temps (évacuation digitale, support du plancher pelvien)

et (ou)

6. Moins de trois défécations par semaine

Absence de selles molles et critères incomplets de diagnostic de côlon irritable.

Source : Thompson WG, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999 ; 45 (Suppl II) : 1143-7. Reproduit avec la permission de l'éditeur.

à effet avec ces différents facteurs. La correction de certains d'entre eux n'entraînera pas nécessairement un soulagement des symptômes.

Physiopathologie

Lorsqu'un patient consulte pour un problème de constipation d'apparition récente, il faut considérer les maladies primitives (*tableau II*) avant d'envisager une cause fonctionnelle ou un problème de motilité. Certaines de ces maladies sont traitables.

T A B L E A U II

Causes de constipation secondaire

Affection congénitale	Maladie de Hirschsprung	
Obstruction	Cancer du côlon ou du rectum, sténose colique	
Maladies anorectales	Fissure anale, rectite	
Maladies métaboliques ou auto-immunes	Hypercalcémie Hyperparathyroïdie Hypothyroïdie Diabète Sprue non tropicale	
Maladies neurologiques ou musculaires	Lésions médullaires Sclérose en plaques Neuropathie ou myopathie viscérale Parkinsonisme	
Médicaments	Laxatifs Narcotiques Sédatifs Antidépresseurs Diurétiques Suppléments de fer	Anticholinergiques Antiparkinsoniens Inhibiteurs calciques Anticonvulsivants Neuroleptiques Calcium

Des antécédents de constipation chronique évoquent plutôt une origine fonctionnelle. Cette catégorie se subdivise en quatre sous-groupes³ :

- Transit lent ;
- Dysfonctionnement du plancher pelvien ;
- Côlon irritable ;
- Absence d'anomalie définissable.

Transit lent

Appelé aussi inertie colique, ce type de constipation se caractérise par une progression plus lente du contenu colique, du côlon proximal au côlon distal et au rectum. Pour certaines personnes, l'origine du problème pourrait être di-

tétique ou même culturelle, alors que d'autres auraient une véritable anomalie motrice. Il pourrait s'agir soit d'une diminution des ondes péristaltiques de grande amplitude responsables du mouvement de masse des selles, soit d'une augmentation de l'activité motrice non coordonnée avec le côlon distal créant une barrière fonctionnelle au transit normal.

Dysfonctionnement du plancher pelvien

Le dysfonctionnement du plancher pelvien constitue l'autre mécanisme majeur de dysmotilité colique. Il se signale par un transit colique normal ou légèrement ralenti et une accumulation de selles au niveau rectal pour de longues périodes. Cette incapacité d'évacuation adéquate du rectum est due à l'absence de relaxation du sphincter anal externe et des muscles du plancher pelvien, en particulier du muscle puborectal, au moment des efforts de défécation. L'angle anorectal ne peut alors se redresser pour faciliter le libre passage des

selles. Certains patients procèdent à une évacuation digitale. À la défécographie, on peut noter l'absence de descente du périnée.

Côlon irritable

On parle de constipation associée au côlon irritable lorsqu'un phénomène de douleur abdominale s'ajoute au tableau clinique.

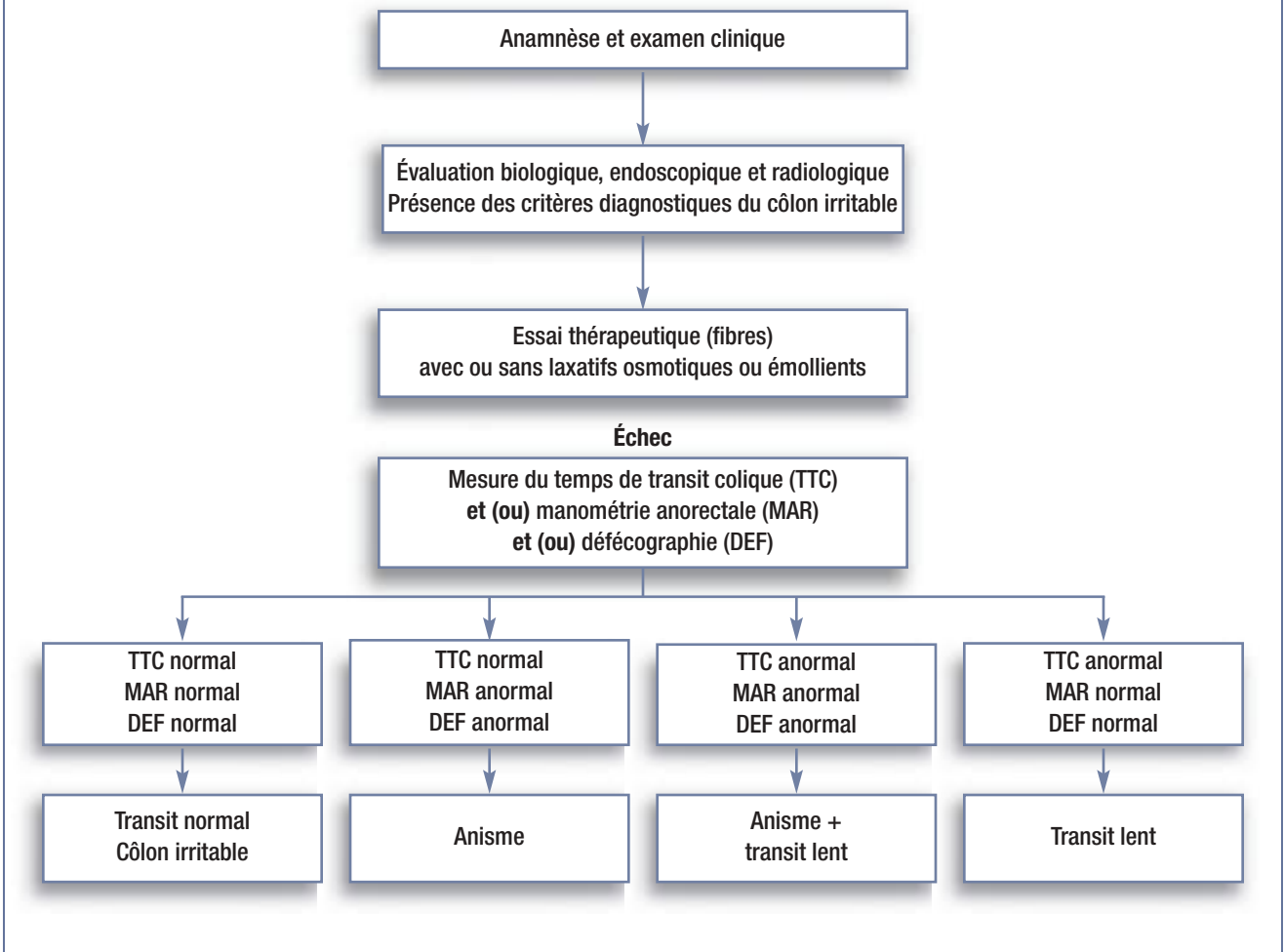
Absence d'anomalie définissable

Il arrive qu'il y ait constipation en l'absence d'anomalie définissable. L'évaluation clinique révèle alors une forte prévalence de détresse psychologique.

Lorsqu'un patient consulte pour un problème de constipation d'apparition récente, il faut considérer les maladies primitives avant d'envisager une cause fonctionnelle, surtout s'il a plus de 50 ans.

Des antécédents de constipation chronique évoquent plutôt une origine fonctionnelle. Cette catégorie se subdivise en quatre sous-groupes : transit lent, dysfonctionnement du plancher pelvien, côlon irritable et absence d'anomalie définissable.

FIGURE 1

Algorithme d'exploration paraclinique de la constipation réfractaire**Évaluation clinique**

Une bonne anamnèse permettra d'évaluer s'il est nécessaire ou non de procéder à des explorations paracliniques. Il faut préciser le mode d'apparition (survenue récente ou présence de longue date), la progression (absence de progression ou évolution rapide), la prise de laxatifs et autres médicaments, les caractéristiques des selles, le régime alimentaire, l'horaire du fonctionnement intestinal. Une constipation d'apparition récente, un changement récent de la fréquence des selles ou une diminution récente du calibre des selles, surtout chez une personne de plus de 50 ans, nous amènera à envisager de procéder à des examens d'investigation pour exclure une lésion organique.

Il faut aussi vérifier les antécédents familiaux (polype et cancer du côlon ou du rectum).

L'examen clinique permettra de détecter certaines anomalies associées à la constipation. Alors que le patient est en décubitus latéral gauche, on observe la descente du périnée durant un effort simulé de défécation (y a-t-il prolapsus de la muqueuse anorectale?) et son élévation durant une contraction anale. On vérifie le réflexe anal par le test de la piqûre légère. L'examen digital sert à évaluer le tonus sphinctérien au repos et lors d'une contraction volontaire.

Investigation

Après l'anamnèse et l'examen clinique, on pourra envisager de faire quelques tests sanguins de base pour exclure

une maladie traitable (hypothyroïdie) ou dont le diagnostic doit être fait précocement (cancer du côlon). Il n'y a pas de recommandations précises quant aux tests sanguins qui doivent être effectués. On suggère les suivants : hémogramme, dosage de la tyrotrophine (TSH), glycémie, créatinémie et calcémie. Une évaluation endoscopique et (ou) radiologique doit être faite si le patient a plus de 50 ans ou s'il n'en a jamais eu antérieurement, surtout s'il s'agit d'une constipation d'apparition récente.

Lorsque la constipation n'est pas soulagée par l'application des mesures thérapeutiques habituelles telles qu'une hydratation adéquate, un accroissement de l'apport en fibres alimentaires et, au besoin, la prise d'un laxatif simple non stimulant, on peut parler de constipation réfractaire. Une évaluation spécialisée peut alors être envisagée. On pourra décider de modifier la thérapie en prescrivant des agents laxatifs plus puissants, ou on optera dans certains cas pour des examens complémentaires⁴.

Parmi les examens possibles, citons la mesure du transit colique, la manométrie anorectale et la défécographie. La sensibilité diagnostique de chacun de ces tests est mal établie. La collaboration du patient est essentielle à la réalisation des tests de fonction anorectale. À cause de la variabilité des résultats, l'approche diagnostique la plus sûre doit souvent se fonder sur plus d'un test.

La place de chacun des examens diagnostiques se résume plus simplement dans un algorithme (*figure 1*). Nous décrivons brièvement chaque modalité.

Mesure du temps de transit colique

La méthode la plus fréquemment utilisée consiste à employer des marqueurs radio-opaques. Il s'agit d'un test simple et reproductible permettant d'objectiver un transit lent lorsque les informations données par le patient semblent peu fiables ou avant d'envisager une résection colique comme ultime traitement de la constipation réfractaire. Le patient avale 20 marqueurs solides radio-opaques, et on effectue une radiographie simple de l'abdomen cinq jours plus tard. La sensibilité de la technique peut être amé-

liorée par l'utilisation de trois marqueurs de formes différentes administrés trois jours de suite, ce qui permet d'observer la position et la rétention des marqueurs 72, 96 et 120 heures après leur ingestion. La persistance de plus de trois marqueurs après cinq jours indique un transit lent.

Manométrie anorectale

Lorsque le rectum est distendu avec un ballonnet, le sphincter anal interne se relâche; c'est le réflexe rectoanal inhibiteur normal. L'intégrité de ce réflexe devrait être vérifiée lors de l'exploration d'un mégarectum.

Cette technique est particulièrement utile pour exclure la maladie de Hirschsprung, car elle peut objectiver un réflexe rectoanal inhibiteur normal. Elle peut aussi fournir des données pouvant indiquer un fonctionnement anormal du plancher pelvien, comme un tonus sphinctérien basal élevé et une faible augmentation volontaire de ce paramètre, ou une contraction paradoxale du sphincter anal externe lors d'un effort de défécation (anisme).

Défécographie

Le mécanisme de défécation peut être mesuré par scintigraphie ou radiographie. La scintigraphie évalue l'angle anorectal et la descente du périnée pendant l'évacuation. Ses avantages sont sa simplicité et une exposition minimale aux radiations. Elle ne permet cependant pas d'apprécier aussi bien les défauts anatomiques que la méthode radiologique. La défécographie avec baryum peut être combinée avec un lavement baryté standard. Cette méthode permet d'évaluer les anomalies structurelles du côlon, le cas échéant, et de procéder à une étude fonctionnelle et anatomique du processus de défécation. Par exemple, on peut ainsi observer l'ouverture de l'angle anorectal et le degré de descente du périnée.

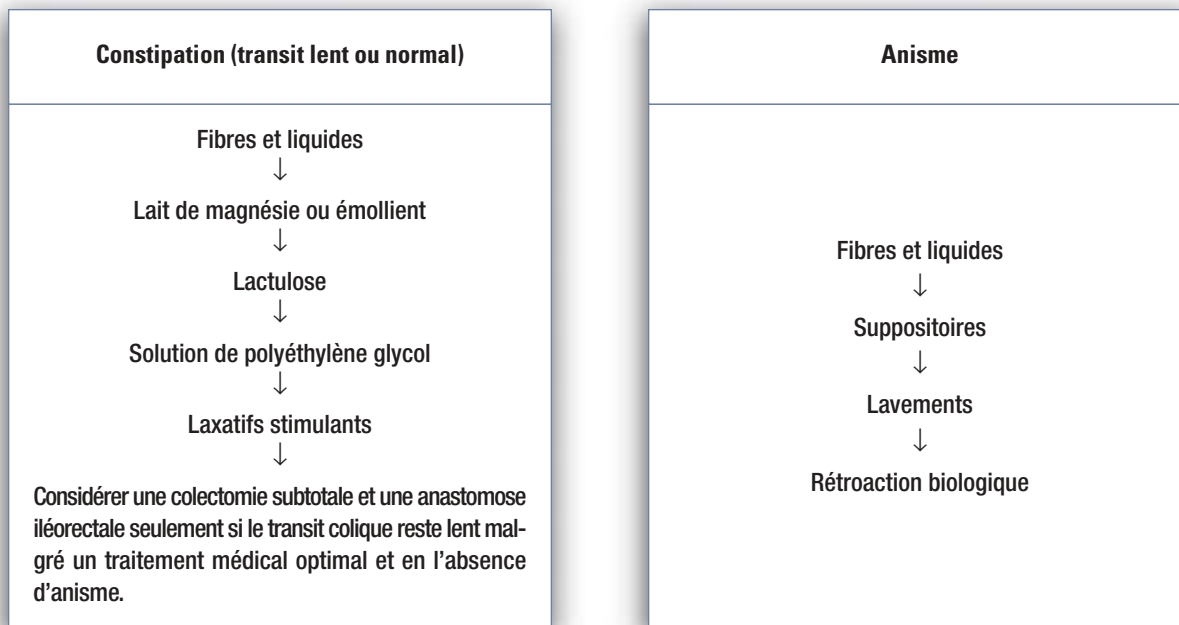
Traitement médical

La première étape du traitement de la constipation consiste à augmenter graduellement l'apport en fibres. On peut les trouver dans l'alimentation ou prendre un supplément (son, psyllium ou méthylcellulose). Le patient doit être informé que l'effet n'est pas immédiat et que la sensation de ballonnement peut s'accroître initialement. S'il persévère, les symptômes s'atténueront probablement après un certain nombre de jours. Lorsque les fibres sont inefficaces, la deuxième option consiste à prendre un laxatif salin comme le lait de magnésie; il faut recommander au patient d'ajuster la dose de façon à obtenir des selles molles.

La première étape du traitement de la constipation consiste à augmenter graduellement l'apport en fibres. On pourra ensuite ajouter un laxatif salin ou osmotique.

R E P È R E

Algorithme thérapeutique de la constipation



On pourra aussi essayer un émoullient fécal (docusate de sodium). En troisième intention viennent les agents hyperosmotiques (lactulose, polyéthylène glycol, sorbitol).

Tramonte et ses collaborateurs⁵ ont tenté dans une méta-analyse d'évaluer l'efficacité des fibres et des laxatifs dans le traitement de la constipation de l'adulte. Ils ont conclu que l'amélioration obtenue est généralement faible. De plus, ils n'ont pas constaté qu'une modalité thérapeutique était supérieure à l'autre.

Quant aux laxatifs stimulants (sennosides, bisacodyl), il existe encore une controverse concernant leur innocuité à long terme. Un article publié par Barbara Smith⁶ en 1973 mentionnait qu'il est possible que la prise à long terme de laxatifs irritants endommage le plexus myentérique. Cette affirmation fut contredite dans d'autres articles⁷. À l'heure actuelle, on évite généralement la prise quotidienne de laxatifs à long terme, mais on les emploie sporadiquement, pour de courtes périodes, ou au plus deux fois par semaine. Leur efficacité demeure variable. Ils soulageront peu certains patients souffrant de constipation grave.

L'emploi de suppositoires de glycérine ou de lavements est restreint à cause du malaise inhérent au mode d'adminis-

tration, du risque de traumatisme de la muqueuse rectale et du risque de toxicité systémique du lavement phosphaté (hyperphosphatémie). À l'heure actuelle, aucun des agents procinétiques sur le marché n'agit efficacement sur la fonction colique. De nouveaux produits agissant plus sélectivement sur le côlon sont à l'étude.

L'indication de la rétroaction biologique (*biofeedback*) reste à préciser. Le sujet a été récemment passé en revue par l'Association américaine de gastro-entérologie⁸. On l'envisage principalement en présence d'anisme. La motivation du patient et du thérapeute, la fréquence et l'intensité du programme de rééducation ainsi que le soutien d'un psychologue semblent accroître les chances de succès.

Traitement chirurgical

Dans des circonstances exceptionnelles, comme dans certains cas d'inertie colique, on peut parfois envisager une colectomie totale avec anastomose iléorectale lorsque la constipation demeure problématique malgré un traitement médical maximal. Cette intervention peut corriger le problème d'évacuation, mais pas nécessairement supprimer la douleur abdominale et le ballonnement. La persistance de

la constipation en dépit de la chirurgie évoque fortement une dysfonction du plancher pelvien. Cette situation doit être évitée à tout prix par une investigation préalable adéquate objectivant le plus clairement possible qu'il s'agit vraiment d'inertie colique. De plus, les facteurs psychologiques et physiologiques doivent être analysés par des médecins et des psychologues experts en la matière pour éviter un geste chirurgical inapproprié.

La place de chacun des traitements est présentée dans l'algorithme thérapeutique de la *figure 2*.

UNE ANAMNÈSE PRÉCISE et un examen clinique adéquat permettent souvent de déceler la cause la plus probable de la constipation. Selon le cas, une exploration biologique, endoscopique et (ou) radiologique révéleront ou excluront les causes organiques. Lorsque la constipation n'est pas secondaire d'une maladie, la plupart des patients répondent à des mesures thérapeutiques simples comme une augmentation de l'apport en fibres ou la prise de laxatifs osmotiques. Lorsque ce type de traitement échoue, il devient indiqué d'adresser le patient en gastro-entérologie, où l'on évaluera la pertinence d'une investigation spécialisée. La mesure du temps de transit colique avec marqueurs radio-opaques peut révéler un problème d'inertie colique. Il faut alors recommander une utilisation plus généreuse de laxatifs de toutes sortes (salins, osmotiques, stimulants et solutions à base de polyéthylène glycol). L'anisme pourra être objectivé par la manométrie anorectale et la défécographie. Si les symptômes liés au dysfonctionnement anorectal sont assez graves, on pourra diriger le patient vers un centre de rétroaction biologique⁹.

Souvent, les tests effectués ne révèlent aucune anomalie. Ces cas sont alors classés dans la catégorie constipation fonctionnelle. On peut souvent maîtriser le problème en rassurant le patient et en lui prescrivant des doses adéquates de laxatifs. Le contexte psychologique doit aussi être considéré. Dans certains cas, un soutien psychiatrique peut s'avérer utile. ❧

Date de réception : 5 octobre 2001.

Date d'acceptation : 10 novembre 2001.

Mots clés : constipation, côlon irritable, fonction anorectale, temps de transit colique.

Bibliographie

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine

S U M M A R Y

Constipation: diagnosis and treatment. Constipation is extremely common. The prevalence has been reported to be as high as 20%. Most patients do not have a life-threatening condition, but doctors must be efficient in identifying persons who may benefit from specialized testing and in developing effective therapy that will relieve symptoms. In most cases, constipation is the major feature of chronic colorectal motility disorders: irritable bowel syndrome, slow transit and pelvic floor dysfunction. Constipation may arise secondary to another condition such as primary diseases of the colon (strictures, cancer, anal fissure), metabolic disturbances (hypercalcemia, hypothyroidism) and neurologic disorders (parkinsonism, spinal cord lesions). Secondary causes should be strongly suspected with new onset constipation. Standard blood tests and a colonic structural evaluation (barium enema or colonoscopy) should be performed to rule out organic causes of the constipation. If the initial evaluation is normal, an empiric trial of fiber can be followed by simple osmotic laxatives. Most patients will obtain symptom relief with these measures. Patients who fail to respond to this initial approach are appropriate candidates for a referral to a specialist and perhaps, more specialized testing.

Key words: constipation, irritable bowel syndrome, anorectal function, colonic transit time.

- EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (Suppl II) : 1143-7.
2. Leroi AM, Berrier C, Watier A, Hémond M, Goupil G, Black R, Denis P, Devroede G. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10 : 200-6.
3. Locker GR III, Pemberton JH, Phillips SF. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines on Constipation. *Gastroenterology* 2000; 119 : 1761-5.
4. Locker GR III, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. *Gastroenterology* 2000; 119 : 1766-78.
5. Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, Arnato MG, O'Keefe ME, Ramirez G. Treatment of chronic constipation: a systemic review. *J Gen Intern Med* 1997; 12 : 15-24.
6. Smith B. Pathologic changes in the colon produced by anthroquinone laxatives. *Dis Colon Rectum* 1973; 16 : 455-8.
7. Riecken EO, Zeitz M, Emde C, et al. A prospective study on the effect of anthraquinone-containing laxatives on ultrastructure of colonic nerves. *Gastroenterology* 1987; 92 : 1595.
8. Diamant NE, Kamm MA, Wald Whitehead WE. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999; 116 : 735-54.
9. Turnbull GK, Ritvo PG. Anal sphincter biofeedback relaxation treatment for women with intractable constipation symptoms. *Dis Colon Rectum* 1992; 35 : 530-6.