



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 47 von «PrimaryCare» erschienen.

# La constipation chronique

Lukas Degen

## Importance

En fonction de la population et de la définition, sa prévalence atteint 20%. Aux Etats-Unis, la prévalence de la constipation chronique est de 4% (critères Rom III: cf. ci-dessous).

La constipation est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et elle augmente de fréquence avec l'âge.

## Diagnostic

### Définition

Critères diagnostiques de la constipation fonctionnelle (datant de 2006 et publiés sous la dénomination de «critères Rom III»): parmi les symptômes suivants, au moins deux ont été présents en permanence pendant au moins 12 semaines lors des 6 mois précédents, ou de manière répétée pendant plus de 25% du temps:

1. forte pression nécessaire pour aller à selle;
2. selles grumeleuses ou dures;
3. sensation de vidange incomplète;
4. sensation d'obstruction/de blocage ano-rectal;
5. manœuvres manuelles permettant de soulager la défécation (par ex. évacuation digitale, soutien par le plancher pelvien);
6. moins de trois défécations par semaine;
7. selles molles et non formées uniquement après la prise de laxatif;
8. critères insuffisants pour diagnostiquer un syndrome du côlon irritable.

### Causes

- idiopathique;
- extra-intestinale: mode de vie (par ex. sédentarité), métabolisme (par ex. diabète), neurologie (par ex. AVC), maladies des muscles et du tissu conjonctif (par ex. sclérodémie), médicaments (par ex. antiacides), troubles électrolytiques (par ex. hypercalcémie), psychopathologie (par ex. dépression);
- gastro-intestinale: troubles de la motilité (par ex. «slow transit»), troubles de la défécation (par ex. rectocèle).

## Schéma diagnostique

Anamnèse, clinique et laboratoire

- Les critères Rom III sont-ils satisfaits?
- Instaurer des procédures diagnostiques adéquates visant à exclure des causes extra-/gastro-intestinales en fonction de l'âge du patient, de la durée des troubles et de la présence ou non de symptômes associés (symptôme d'alarme, par ex. anémie!).

Diagnostic fonctionnel:

- Indiqué lorsque les thérapies simples s'avèrent insatisfaisantes (par ex. fibres) après 2 à 3 mois, ou en cas de suspicion de dysfonction ano-rectale.
- Initialement, au cabinet: mesure de la durée du transit au moyen de marqueurs radiologiques («slow transit» vs. transit normal).
- Exclusion d'une dysfonction ano-rectale: manométrie, test d'expulsion du ballonnet, défécographie.
- Chez les patients avec constipation «slow transit» sévère et réfractaire au traitement: exclure un trouble de la motilité parentéral en procédant à un examen du transit gastro-intestinal par scintigraphie et, le cas échéant, manométrie de l'intestin grêle en vue d'une intervention chirurgicale.

## Traitement

### Mesures générales

- Plus d'activité physique, suffisamment de liquides (malgré des données insuffisantes).
- Eviter de réprimer le besoin d'aller à selle.

### Fibres alimentaires

Elles constituent la base du traitement, cependant un régime riche en fibres s'avère en général insuffisant. Il est nécessaire d'introduire des substances gonflantes. Un apport supplémentaire de fibres est judicieux, sous forme de substances naturelles (par ex. son de froment, graines de lin) aussi bien que synthétiques (par ex. méthyl-cellulose). Dose journalière recommandée de fibres: 20 à 35 g.

### Produits osmotiques

Disaccharides synthétiques (par ex. lactulose, lactitol): ils fermentent dans le côlon. Souvent, leur efficacité disparaît en cours de traitement, probablement à cause d'une adaptation de la flore colique.

Polymères de l'alcool (par ex. polyéthylène-glycol): ils ne fermentent pas sous l'action de la flore colique et n'entraînent pas de météorisme gênant.

#### **Stimulants/irritants**

Les anthranoides (par ex. séné, frangula) stimulent le péristaltisme en quelques secondes via la sécrétion de liquides dans la lumière intestinale et exercent un effet direct sur la musculature intestinale. Les problèmes associés à la prise contrôlée d'anthranoides à long terme, notamment des lésions du système nerveux entérique ou un effet cancérogène, ne sont pas corroborés par la littérature. Effet indésirable inoffensif: pseudomélanose du côlon, réversible.

Les laxatifs diphénoliques (bisacodyl, picosulfate de sodium) entraînent une augmentation dose-dépendante de la sécrétion d'électrolytes et d'eau dans la lumière du côlon ainsi qu'une stimulation directe du péristaltisme.

#### **Agonistes des récepteurs sérotoninergiques**

Le tégasérod, un agoniste des récepteurs 5-HT<sub>4</sub>, développe entre autres un puissant effet prokinétique avec accélération importante du transit gastro-intestinal, aussi bien chez les personnes en bonne santé que chez les malades. Son efficacité dans le syndrome du côlon irritable à prédominance de constipation a été plusieurs fois documentée et confirmée. Les premiers résultats indiquent que le tégasérod pourrait s'avérer utile dans le traitement de la constipation fonctionnelle.

#### **Huile de paraffine**

Cette huile minérale qui n'est pas absorbée ramollit les selles. Il est probable que l'utilisation occasionnelle d'huile de paraffine soit inoffensive. Cepen-

dant, on déconseille son usage fréquent en raison du danger de réaction à corps étranger en présence de lésions muqueuses, ainsi que du risque de pneumonie lipidique par aspiration.

#### **Procinétiques**

Effet insuffisant sur la motricité du côlon: aucune signification en clinique quotidienne.

#### **Biofeedback**

Si l'on suspecte une dysfonction du plancher pelvien, le recours à une thérapie comportementale d'appoint (biofeedback) est judicieuse.

#### **Mesures chirurgicales**

En cas de modifications organiques symptomatiques (par ex. rectocèle), une intervention chirurgicale (résection/raccourcissement de la paroi antérieure du rectum) est indiquée.

#### **Information**

- 1 Bharucha AE, et al. Slow-transit Constipation. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2001;309-15.
- 2 Camilleri M, et al. Clinical management of intractable constipation. *Ann Intern Med* 1994;121:520-8.
- 3 Diamant NE, et al. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999;116:735-60.
- 4 Longstreth GF. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.

---

PD Dr Lukas Degen  
Médecin adjoint  
Dépt. de gastro-entérologie et hépatologie  
Hôpital universitaire  
Petersgraben 4  
4031 Bâle