

Les recommandations pour la défécation: simple mais efficace

La constipation au cabinet du généraliste

Johanna Sommer, Bruno Roche

Une bonne anamnèse et un bon examen clinique permettent de poser le diagnostic et d'initier un traitement dans plus de 75% des cas. Ceci devrait permettre au médecin de famille d'éviter de pratiquer des examens inutiles dans de nombreuses situations, tout en proposant au patient des solutions simples et efficaces.

Une patiente de 55 ans, ménopausée se présente au cabinet se plaignant de constipation. Comment l'évaluez-vous et quels examens et traitements préconisez-vous? Quels sont nos patients qui sont constipés: ceux qui croient l'être et ne le sont pas? Ceux qui le sont et qui s'en plaignent? Ou encore ceux qui le sont mais qui l'ignorent?

Définition

Selon la définition reconnue des critères de Rome III il s'agit des patients qui ont 2 ou plus de critères pendant plus de 12 semaines et dans plus de 25% des défécations (tab. 1).

Tableau 1: Critères de Rome III de la constipation

- 2 ou plus de critères pendant plus de 12 semaines**
- Efforts à la défécation (dans plus de 25% des défécations)
 - Selles dures ou en morceaux (dans plus de 25% des défécations)
 - Sensation d'exonération incomplète (dans plus de 25% des défécations)
 - Sentiment de blocage anorectal ou d'obstruction (dans plus de 25% des défécations)
 - Manœuvres manuelles ou digitales nécessaires pour faciliter la défécation (dans plus de 25% des défécations)
 - Moins de trois défécations par semaine

Préciser l'anamnèse

Il est très important de faire une anamnèse détaillée du processus d'exonération du patient pour préciser son type de difficultés: Il est utile de questionner le patient sur la fréquence, la consistance, la couleur, la texture des selles (à l'aide de la table de Bristol figure 1),

de même que de lui faire remplir un journal des selles (figure 2); il faut demander si la personne a l'impression de vider incomplètement son ampoule rectale, si elle doit faire recours à des manœuvres manuelles de soutien du périnée ou même à des manœuvres digitales évacuatrices de selles. Il sera également essentiel de l'interroger pour exclure les critères d'alarme (un changement récent du transit, une perte de poids, du sang dans les selles, l'absence de coloscopie pour les patients de plus de 50 ans) (tab. 2). Il sera utile d'explorer ses habitudes (utilisation de laxatifs actuellement et dans le passé, fréquence et dosage; l'utilisation de suppositoires ou de lavements; son style de vie, l'apport en fibres alimentaires et hydrique); ses médicaments ainsi que ses maladies concomitantes.

L'examen clinique

On pratiquera un examen clinique habituel général et de l'abdomen en contrôlant spécifiquement le périnée, l'anus, et en mettant le patient en décubitus latéral on fera un toucher rectal pour examiner le

Tableau 2: Les critères d'alarme.

- Modification récente du calibre des selles
- Sang dans les selles
- Anémie ferriprive
- Symptômes d'obstruction
- Patients de >50 ans n'ayant pas subi d'examen de dépistage pour le cancer colique
- Constipation d'apparition récente
- Rectorragie
- Prolapsus rectal
- Perte pondérale








Type 1		Dur, séparé en morceaux, comme les noix (difficile de passer)	<p>Constipation: Diète trop faible en fibres (ajouter des prébiotiques) et flore bactérienne très pauvre (ajouter des probiotiques)</p> <p>Optimales</p> <p>Acceptables si présence d'hémorroïdes, fistule anale ou incapacité d'atteindre les selles sans aide de laxatifs.</p> <p>Diarrhée</p>
Type 2		En forme de saucisse, mais grumeleuse (difficile de passer)	
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des fissures sur sa surface	
Type 4		Comme une saucisse ou un serpent, mais lisse et douce	
Type 5		Morceaux mous aux bords bien définis (passe facilement)	
Type 6		Morceaux déchiquetés, agglomérés en une matière pâteuse	
Type 7		Fade, humide, aucun morceau solide Entièrement liquide	

Figure 1: Echelle de Bristol.

tonus du sphincter, la longueur du canal anal, la capacité de serrer le sphincter de façon volontaire, et la capacité de relaxer l'appareil sphincterien lors de la poussée volontaire (et l'absence de contraction para-

doxale). On s'assurera de l'absence de tumeur, de sang sur le doigtier ou d'apparition d'une poche de rectocèle ou de cystocèle lors de la poussée.

La patiente relate 2-3 selles par semaine, doit faire de gros efforts pour exonérer, elle pratique des manœuvres digitales d'évacuation presque chaque semaine, présente des selles dures Bristol 2-3. Elle prend régulièrement un antidépresseur, a pratiqué une coloscopie il y a deux ans (qui était normale), ne présente aucun critère d'alarme et son anamnèse et son examen clinique sont sans particularités. On peut retenir une constipation fonctionnelle à transit normal. Dans cette situation, on ne pratiquera aucun examen complémentaire, et lui prodiguera des conseils d'hygiène de défécation.

Journal quotidien d'une constipation

Ce journal a pour but de collecter des informations sur votre constipation et sur ses répercussions dans votre vie quotidienne pendant 2 semaines. Je vous demande de bien vouloir remplir tous les jours une colonne.
Indiquer la sévérité par 1 (pour légère), 2 (pour modérée) ou 3 (pour sévère).

Date
Jour de la semaine
Nombre d'évacuation
Nombre d'essai pour aller à selles
Selles dures	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Nécessité d'un lavement ou suppositoire	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Sensation d'obstacle à l'exonération	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Aide digitale pour aller à selles	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Sensation de vidange rectale incomplète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Douleurs abdominales soulagées après selles	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Constipation affecte ma qualité de vie	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Remarques

Figure 2: Journal des selles.

Les recommandations pour la défécation

Les patients devraient aller régulièrement à selles même s'ils ont perdu le besoin ressenti; le meilleur moment physiologique (où il existe un réflexe) est le matin au lever ou après le petit-déjeuner. On recommande d'attendre assis sans pousser pendant quelques minutes jusqu'à ce que le besoin se fasse sentir. L'effort de poussée devrait être minime. L'exercice physique régulier et l'apport hydrique de plus d'un et demi litre par jour, ainsi que l'apport régulier de fibres permettent un transit facilité (il faut 25-30 g par jour de fibres: fruits, légumes, céréales complètes, son, graines de lin, etc). La position de défécation est également importante, car nos toilettes occidentales vont à l'encontre de la position physio-

logique puisque la direction de poussée en position assise ne permet pas la détente du muscle puborectal (qui nous permet de retenir les selles), et le colon fait un angle défavorable dans lequel l'axe de poussée n'est pas très efficace. Par contre la position accroupie permet un alignement de l'axe de poussée et une exonération plus facile.

En principe la majorité des patients présentant une constipation simple, vont s'améliorer s'ils mettent en pratique ces recommandations.

On peut donc attendre 2-3 mois dans ces conditions sans pratiquer d'autres examens complémentaires chez cette patiente.

Par contre s'il n'y a pas d'amélioration ou un des critères de gravité (cf. tab. 2), on pratiquera d'autres examens complémentaires. Bien sûr après 50 ans la rectosigmoidoscopie ou la colonoscopie doivent être pratiqués si cela n'a pas été fait; de plus on peut pratiquer un bilan thyroïdien à la recherche d'une hypothyroïdie, on peut rechercher une hypercalcémie, une anémie secondaire à une lésion intraluminaire, ou un diabète.

Si tous ces examens sont normaux, on prescrira un laxatif.

Les classes de laxatifs

Laxatifs de lest

Des fibres ou mucilages qui augmentent le péristaltisme en retenant l'eau et en augmentant le volume des selles. C'est le premier choix pour tous les patients sauf les personnes âgées ou immobilisées qui boivent peu. Pour être efficace il faut boire suffisamment, et l'effet n'est pas immédiat (généralement entre 12 heures et 3 jours). Ils peuvent être utilisés à long terme sans trop de risques. Les effets secondaires sont des ballonnements, flatulences, ou des crampes abdominales (introduire progressivement). *Metamucil*®, *Colosan*® Mite, *Agiolax mite*®, *Normacol*®, etc. *Produits naturels: sirop de figues, psylli.*

Laxatifs osmotiques

Ils sont constitués à base de sels-sulfates, de sucres ou de magnésie non assimilés par l'intestin. Ils attirent l'eau et augmentent la production de gaz. Ils représentent un bon choix en cas d'échec des laxatifs de lest ou surtout chez les personnes âgées. Leur effet est plus rapide que les autres types de laxatifs. Il n'est pas conseillé d'utiliser les laxatifs osmotiques à long terme, car ils provoquent un effet paradoxal à long terme. Les effets indésirables sont des crampes, des flatulences, de la déshydratation.

Sels: Cololyt® (lax. osm. salin et à court délai d'action, 2 à 3 h) *Transipeg*®, *Colophos*®

Sucres: Duphalac® (délai d'action long, 2 à 3 j), *Movicol*®, *Importal*®, *Pursana*® (sirop de figues)

Rectal: Préparation en lavage: Microklist®, *Glycero-clyflex 30% 100 ml, clyst, glycérine Clyssie*® clyst.

Laxatifs lubrifiants

Ils sont constitués à base d'huiles minérales (paraffine ou vaseline), administrés par voie orale, ou rectale. Ils lubrifient les selles en les enduisant d'un film liposoluble qui retarde l'absorption d'eau. Ils ne sont pas recommandés à long terme, car risquent de diminuer l'absorption des vitamines A, D, E ou K. Les effets indésirables sont la diarrhée, les crampes intestinales, la pneumonie lipidique en cas d'aspiration ou de reflux.

Huile de paraffine, Lancocyl®, *Laxamalt*®

Laxatifs émoullissants

Ils sont composés de produits chimiques, principalement de docusate sodique ou de docusate de calcium. Ils ramollissent les selles en favorisant l'absorption d'eau; l'effet n'est pas immédiat (jusqu'à 3 jours). Les effets indésirables sont des douleurs abdominales, nausées et vomissements, une éruption cutanée, une diarrhée persistante (même après l'arrêt du laxatif).

Oral: Colace®, *Regulex*®, *Soflax*®, *Ex-Lax*®, (docusate sodique); *Surfak*® (docusate calcique).

Rectal: Bulboïd® (glycérine).

Laxatifs irritants

Ils stimulent la sécrétion d'eau et d'électrolytes, et augmentent ainsi le péristaltisme. Parmi les substances on retrouve de nombreuses plantes riches en anthraquinones (séné, bourdaine, huile de ricin, aloé, etc). L'effet est rapide donc recherché mais ils sont plutôt déconseillés, même à court terme. Ils sont très irritants pour la muqueuse du côlon et peuvent provoquer une inflammation de la paroi intestinale. Ils sont recommandés avant une intervention chirurgicale. Les effets indésirables sont de la diarrhée, des crampes, des brûlures rectales.

Agiolax®, *Dulcolax*®, *Prontolax*®, *Laxobéron*®, *Pursenid*®, etc

Les nouveaux laxatifs

Ils sont relativement chers donc en deuxième intention.

Lubiprostone (*Amitiza*®), appartient à une nouvelle classe thérapeutique: les prostones. Il stimule les canaux chlore type 2 et n'a pas d'effet rebond.

Linaclotide (Constella®) est un peptide synthétique de 14 acides aminés, un agoniste du récepteur de la guanylate cyclase de type C (GC-C) qui augmente la sécrétion du chlore et du bicarbonate sans effets systémiques. Augmente la vitesse du transit et diminue les douleurs intestinales. Indiqué pour le côlon irritable avec constipation.

Il existe d'autres causes de constipation fonctionnelle

- *Le colon irritable avec constipation.* Le colon irritable se caractérise par des douleurs abdominales de type de crampes et le plus souvent par une alternance diarrhées et constipation. Certains patients n'ont que la constipation.
- *Le trouble de l'exonération des selles ou asynchronisme abdominopelvien.* Chez les femmes on retrouve souvent dans l'anamnèse des antécédents obstétricaux (forceps, accouchements multiples). Dans ces cas il est utile de procéder à des examens complémentaires: manométrie rectale (qui met en évidence une contraction paradoxale du muscle puborectal pendant la défécation), ultrason périnéal, défécographie ou IRM-défécographie. Le traitement consiste en une physiothérapie périnéale soit manuelle soit par biofeedback.
- *Le transit lent.* Affection relativement rare, soit idiopathique ou par neurodysplasie intestinale ou de type Maladie de Hirschsprung ou mégarectum. Le diagnostic se pose après un examen de temps de transit aux marqueurs radioopaqes.

Tableau 3: Médicaments pouvant provoquer la constipation.

- Anti diarrhéiques (sels d'aluminium, calcium)
- Neuroleptiques
- Psychotropes: myorelaxants, anticonvulsifs, phénothiazine, anti Parkinsonien, antidépresseurs
- Antihypertenseurs: anticalciques, bêtabloqueurs
- Anticholinergiques
- Opiacés, codéine
- Diurétiques,
- Fer
- Anti-hémétiques

Correspondance:
Dr Bruno Roche
24 Micheli du Crest
1211 Genève
bruno.roche[at]hcuge.ch

Il existe aussi des constipations secondaires

- *Les constipations secondaires aux médicaments* (tab. 3).
- *Les constipations secondaires aux maladies endocrines.* Diabète, hypokaliémie, hypothyroïdie hyperparathyroïdie, hypercalcémie.
- *Les constipations secondaires aux maladies neurologiques.* Sclérose en plaque, maladie de parkinson, trauma médullaire.
- *Les constipations secondaires aux problèmes périaux.*

La fissure anale: le patient présente une intense douleur pendant et après la défécation, des selles souvent dures (Bristol 1-2), du sang sur le papier. Au status on retrouve une forte douleur locale à la pression et une hypertonie du sphincter; si on écarte bien les plis de l'anus on retrouve une fissure. Le traitement consiste en un traitement antiinflammatoire et/ou antalgique, des fibres et laxatifs doux et des crèmes ou suppositoires cicatriciels locaux. Afin de relaxer le sphincter et permettre une meilleure perfusion locale un traitement de nitroglycérine 0,2% topique est très efficace. Des traitements d'anticalciques oraux ou d'injection de toxine botulinique ont aussi de bons résultats.

Les prolapsus: le plus souvent chez la femme par insuffisance des muscles périnéaux ayant été distendus par des grossesses et accouchements multiples ou compliqués (forceps); il peut s'agir de rectocèle ou cystocèle qui peut réellement faire obstacle à la défécation (outlet obstruction).

Les obstructions anales mécaniques: tumeurs, sténose post-chirurgie, sténoses post-sigmoïdite volvulus du sigmoïde, rectites, micro-rectum, corps étrangers, le fécalome (chez la personne âgée alitée ou peu mobile qui boit peu). Le diagnostic se fait le plus souvent par toucher rectal.

Conflits d'intérêt

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Références

- 1 World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: www.worldgastroenterology.org/constipation_fr.pdf.html
- 2 Piche T, et al. Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007;31:125-135.
- 3 Givel JC, Mortensen N, Roche B, editors. *Chronic constipation in Anorectal and colonic diseases.* 3rd ed. New York: Springer; 2010.