

La constipation

Quelles explorations ?

Dr Nina DIB

CHU ANGERS – Gastro-Entérologie

Prévalence de la constipation

- Très variable dans le monde
- De 2 à 27 %
- Dépend de facteurs multiples
 - Sexe, âge, alimentation, culture...
 - Définition ++

Constipation chronique :

Définitions

- Selles rares (< 3 par semaine)
- Selles dures
- Selles difficiles à évacuer :
 - Sensation d'évacuation incomplète
 - Sensation d'obstruction ano-rectale
 - Manœuvres pour faciliter l'évacuation
 - Efforts importants
- Symptômes associés :
 - Ballonnement, inconfort ou douleur abdominale
 - Fissure anale, hémorroïdes

Critères de ROME IV : constipation chronique

- Début des symptômes depuis au moins 6 mois et symptômes présents pendant les 3 derniers mois
- Au moins 2 des 6 signes présents :
 - Efforts de poussée pour > 25 % défécations
 - Selles dures ou fragmentées > 25 % défécations
 - Sensation d'obstruction ano-rectale > 25 % défécations
 - Manœuvres digitales > 25 % défécations
 - < 3 selles par semaine
 - Selles molles rarement présentes sans laxatif
- Critères insuffisants pour retenir le diagnostic de SII

Critères de ROME IV : constipation chronique

- Début des symptômes depuis au moins 6 mois et symptômes présents pendant les 3 derniers
- Au moins 2 des 6 signes présents :
 - Efforts de poussée pour > 25 %
 - Selles dures ou fragmentées
 - Sensation d'obstruction
 - Manœuvres digitales
 - < 3 selles
- Selles
- Critères insuffisants pour retenir le diagnostic de SII

Attention à la fausse diarrhée !!!

Constipation organique ou fonctionnelle ?

- Fonctionnelle dans 90 % des cas
- DONC pas d'exploration systématique
- AVANT INTERROGATOIRE +++ et examen clinique

Recherche d'une étiologie organique

Principales étiologies des constipations

Causes digestives : Anomalies coliques

tumeurs
sténoses non tumorales
compressions extrinsèques
pseudo obstruction intestinale chronique
mégacolon congénital ou acquis
Anomalies ano-rectales

tumeurs
rectites et rectosigmoidites
sténoses
autres séquelles chirurgicales
fissures anales
hémorroïdes compliquées
anus ectopique antérieur

Causes endocriniennes, métaboliques, et

générales

hypothyroïdie et panhypopituitarisme
hyperparathyroïdie et autres hypercalcémies
phéochromocytome
acromégalie
insuffisance rénale
hypokaliémie (laxatifs, diurétiques)
porphyries
collagénoses
mucoviscidose

Causes neurologiques et constipation psychogène

Système nerveux périphérique
dysautonomie (diabète, amylose, syndrome paranéoplasique)
ganglioneuromatose

Système nerveux central
maladie de parkinson
tumeur cérébrale
accidents vasculaires cérébraux
sclérose en plaques
paraplégie post traumatique
méningocèle
lésions de la queue de cheval

Constipations psychogènes
états dépressifs
états démentiels
autres psychoses
névroses obsessionnelles ou phobiques
autres névroses
conflits affectifs
bénéfices secondaires

Bharucha AE, Pemberton JH, Locke III GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013;144:218-238

Recherche d'une étiologie organique – « biologie »

- Pas de bilan sanguin systématique
 - NFS CRP
 - Glycémie
 - Calcémie
 - Créatininémie
 - TSH

Recherche d'une pathologie organique – « signes d'alarme »

- ATCD personnel ou familial de cancer colique ou de polypes à haut risque
- ATCD de maladie inflammatoire du tube digestif
- ATCD personnel de cancer gynécologique
- Rectorragies
- Anémie
- Recherche de sang dans les selles positive
- Perte de poids
- Constipation sévère, persistante, ne répondant pas au traitement
- Aggravation d'une constipation chronique sans cause évidente

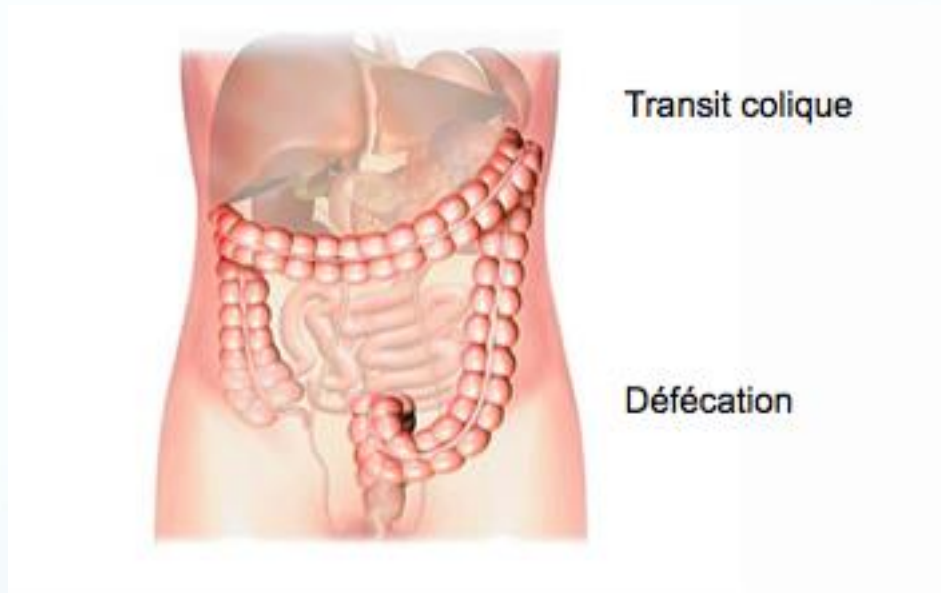
Recherche d'une pathologie organique – « signes d'alarme »

- Evoquer un cancer colique devant :
 - Rectorragies, même si pathologie hémorroïdaire
 - Anémie ferriprive
 - Symptômes digestifs peu spécifiques (après 40 ans) mais d'apparition récente ou récemment modifiés
 - Troubles du transit : alternance diarrhée/constipation
 - Douleurs abdominales (notamment récentes)
 - Masse à la palpation abdominale ou au TR
 - Syndrome rectal (faux besoins, ténesmes, épreintes)

Recherche d'une cause médicamenteuse

- Exemples :
 - Opiacés
 - Antidépresseurs
 - Antipsychotiques
 - .../...

Méthodes d'exploration



Motricité colique

- Calendrier des selles et échelle de Bristol
- Temps de transit colique par marqueurs radio-opaques
- Temps de transit colique par capsule Smartpill™
- Temps de transit colique par scintigraphie colique
- Manométrie colique

Echelle de Bristol

Echelle Bristol : type de selles

Type 1		Dur, séparé en morceaux, comme les noix (difficile de passer)
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

Constipation:
Diète trop faible en fibres (ajouter des prébiotiques) et flore bactérienne très pauvre (ajouter des probiotiques)

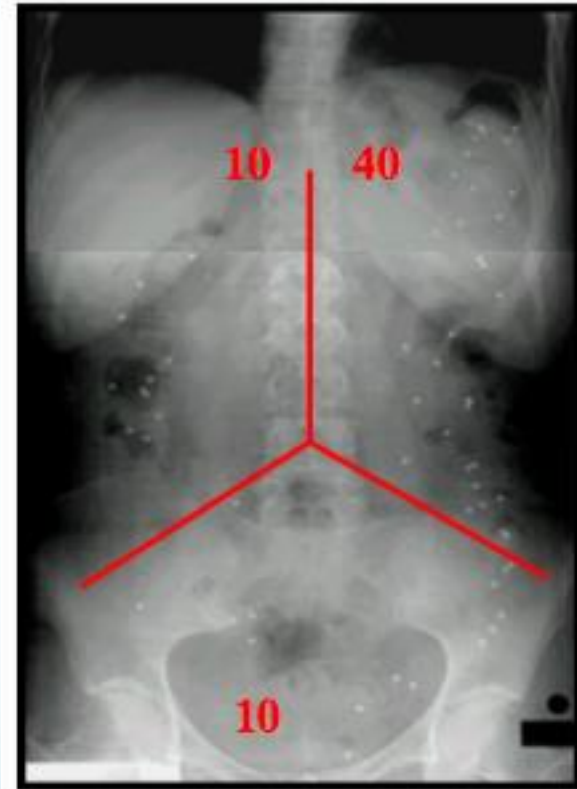
Optimales

Acceptables si présence d'hémorroïdes, fissure anale ou incapacité d'atteindre les selles sans aide de laxatifs.

Diarrhée

Temps de transit colique (pellets)

- Ingestion de marqueurs radio-opaques (10) pendant 6 jours consécutifs
- Au 7^{ème} jour : ASP debout
- $TTC = n \times \Delta(t) / N$
(heures)
- $TTC = n \times 2,4$ (heures)
- Femmes : $N < 90h$
- Hommes : $N < 70h$

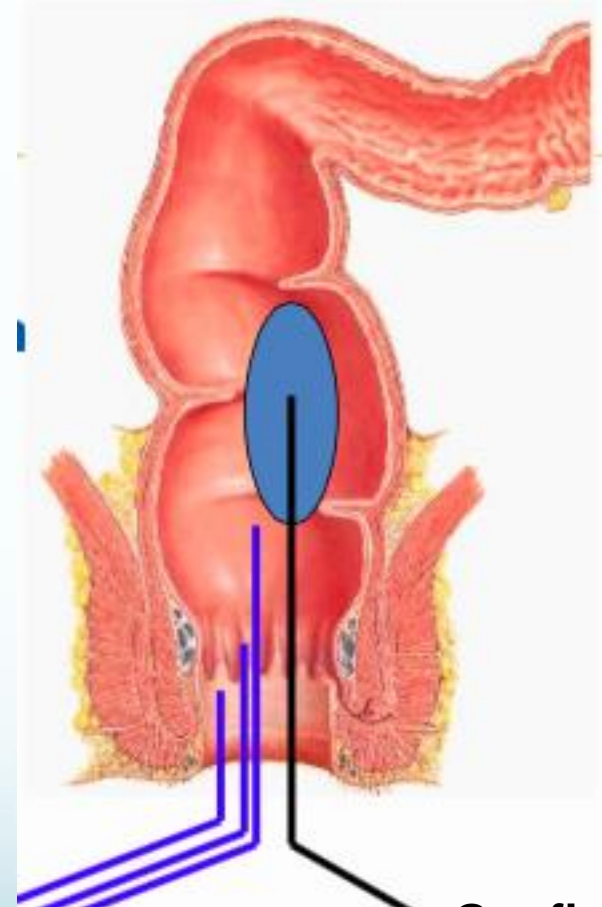


Exploration de la défécation

- Manométrie ano-rectale
- Imagerie (défécographie, déféco-IRM)

Manométrie ano-rectale

- Pression anale de repos et contraction volontaire
- Effort d'exonération :
 - Augmentation de la pression rectale
 - Diminution de la pression anale
- Réflexes
- Sensibilité rectale et compliance



Capteurs

Gonflage
ballonnet

Manométrie ano-rectale

- Pression anale de repos, contraction volontaire
 - **Hypertonie anale**
 - **Qualité de la contraction**
- Effort exonérateur
 - **Pression rectale**
 - **Défaut de relaxation anale (Asynchronisme abdomino-périnéale)**
- Réflexes
 - **Absence de RRAI (maladie de Hirshprung)**
- Sensibilité rectale et compliance
 - **Hyposensibilité, mégarectum**

Asynchronisme abdomino-périnéal (anisme)

- Normalement :
 - Augmentation de la pression rectale (poussée d'évacuation)
 - Diminution de la pression du sphincter (relâchement)
- AAP :
 - Augmentation de la pression rectale et de la pression du sphincter
 - Augmentation de la pression rectale et pas de modification de la pression du sphincter

Imagerie

- Défécographie ou déféco-IRM
 - Prolapsus rectal total
 - Prolapsus rectal interne
 - Colpocèle postérieure
 - Rectocèle
 - Elytrocèle

Quelles explorations ?

- La séquence des examens va dépendre de l'interrogatoire et des données cliniques
- Signes d'alarme → Coloscopie
- Pas de signes d'alarme → Pas d'exploration d'emblée ; traitement

En pratique...

Ecoute attentive du patient
Interrogatoire rigoureux
Examen clinique

Constipation fonctionnelle

Constipation terminale ou non terminale

Traitement en 1er

- Adapté aux symptômes

Si échec,

- Explorations complémentaires