

CAT devant une constipation

INTRODUCTION

La constipation, définie en pratique par une altération qualitative ou quantitative de l'exonération.

- affection fréquente, et dont la prévalence augmente avec l'âge, elle

touche la femme 2 fois sur 3.

- Un des objectifs essentiels de l'évaluation d'une constipation est de réunir toutes les données nécessaires à la distinction entre constipation primitive et constipation secondaire dont le traitement et parfois le pronostic sont différents.

- Dans certains cas de constipation réfractaire, Le retentissement sur la qualité de vie peut être majeur.

DEFINITION

Il existe deux types de définition de la constipation chronique :

L'une est académique, c'est celle des critères de Rome IV

L'autre est subjective: qui la définit comme une insatisfaction vis-à-vis de la défécation:

✓soit car les selles sont trop peu fréquentes. (<3/semaines)

✓soit car il existe une difficulté à évacuer les selles.

✓soit les deux.

« est constipé qui se plaint».

Critère de ROME IV

- l'association d'au moins 2 des symptômes suivants, présents depuis au moins 6 mois : -

Selles peu fréquentes (< 3 selles semaine)

- Selles dures, efforts de poussées, sensation d'évacuation incomplète, sensation de blocage ano-rectal, manœuvres digitales ou autres pour faciliter l'exonération (pour au moins 25% des défécations).

- Les selles molles ou liquides sont rares en l'absence de laxatifs

Etiologies et Physiopathologie

On oppose deux types de constipations :

1. la constipation secondaire à une cause évidente ou identifiable
2. la constipation en apparence primitive ou idiopathique.

Constipations secondaires: Elles sont liées soit à:

- *des causes occasionnelles
- * médicamenteuses,
- *digestives
- *extra-digestives.

sa physiopathologie dépend de la cause : ▫ obstruction du flux fécal,

▫ atteinte de la commande nerveuse ou du muscle lisse du colon

CAUSES DE CONSTIPATION SECONDAIRE (retenir en priorité les éléments marqués en gras)	
OBSTACLE	<p>Cancer colorectal +++ : c'est la première cause à envisager devant une constipation récente, accompagnée ou non de rectorragies, d'une AEG, d'antécédents familiaux de cancer colique...</p> <p>Carcinose péritonéale.</p> <p>Sténose colique non tumorale : post-radique, ischémique, sigmoïdite chronique, compression extrinsèque...</p>
MEDICAMENTS	<p>A rechercher systématiquement +++ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opiacés +++. • Antidépresseurs, surtout les tricycliques. • Neuroleptiques, anticholinergiques. • Antiépileptiques. • Sels de fer. • Antiparkinsoniens.
MALADIE ENDOCRINIENNE OU METABOLIQUE	<p>Hypothyroïdie ++.</p> <p>Troubles métaboliques : hypokaliémie, hypercalcémie.</p> <p>Rarement un diabète (qui donne plus classiquement une diarrhée chronique).</p> <p>Mucoviscidose.</p>
NEUROLOGIE	<p>Pathologie du système nerveux central :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Parkinson. • Sclérose en plaques. • AVC. • Paraplégies. • Tumeur ou traumatisme médullaire. <p>Pathologies du système nerveux périphérique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropathie diabétique. • Amylose. • Lésions de la queue-de-cheval.
CIRCONSTANCE PARTICULIÈRE	<p>Alitement prolongé.</p> <p>Grossesse.</p> <p>Voyages.</p> <p>Facteurs psychologiques (stress).</p>

La constipation idiopathique Elle se subdivise en trois entités :

*** La constipation à transit normal (normal-transit constipation) qui signifie qu'aucune anomalie colique ni pelvienne n'a été identifiée**

*** La constipation à transit lent (slow-transit constipation) Elle est caractérisée par une réduction de l'activité motrice colique.**

*** La dysfonction pelvienne dyschésie (pelvic floor dysfunction) qui peut être d'origine anatomique et/ou fonctionnelle. C'est une difficulté à évacuer les selles) malgré un effort de poussée prolongé**

Les principales causes sont: - les troubles de la statique pelvienne (rectocèle, prolapsus total du rectum)

–l'anisme (également appelé asynchronisme abdomino sphincterien) qui correspond à une contraction paradoxale et inadaptée de la sangle pubo-rectale et du sphincter externe lors des efforts de poussée abdominale

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'interrogatoire 4 objectifs essentiels:

- Confirmer le diagnostic de constipation**
- Dépister des signes en faveur d'une constipation secondaire et rechercher les signes d'alarme**
- Préciser les caractères sémiologiques de la constipation**
- Apprécier le retentissement sur la qualité de vie**

Interrogatoire

1. Terrain

2. Les antécédents personnels et familiaux :

3. Habitudes hygiéno-diététiques

4. L'ancienneté de la constipation

5. Les traitements médicamenteux antérieurement reçus ou en cours

Les caractères sémiologiques

La fréquence des selles;

La qualité de l'exonération:

La qualité de la selle: (échelle de bristol)

Type 1		Boules dures séparés (scybales), difficile à expulser
Type 2		Selle moulée mais faite de grumeaux apparents
Type 3		Selle moulée mais craquelée
Type 4		Selle moulée lisse et molle
Type 5		Morceaux solides mais mous, clairement séparés les uns des autres et faciles à expulser
Type 6		Selle pâteuse avec des morceaux solides non distincts
Type 7		Selles liquides

SIGNES D'ALARME

- Rectorragies
- Anémie
- Perte de poids ou AEG
- Constipation sévère, persistante, ne répondant pas aux traitements
- Aggravation récente d'une constipation ancienne, sans cause évidente surtout après 50 ans
- Antécédents familiaux de CCR ou de MICI.

Examen Physique: qui doit être complet

Ex général

Ex abdominal

Ex proctologique: Ex de l'anus ;TR

Ex neurologique

Ex de la thyroïde

Ex lympho-ganglionnaire

Les examens complémentaires

En première intention

- la **coloscopie** est l'examen clé pour exclure un cancer colorectal. Elle sera demandée en cas de signe d'alarme

-les **examens biologiques** sont parfois justifiés en fonction des diagnostics évoqués:

• la TSH us pour chercher hypothyroïdie • la glycémie à jeun, un hémogramme, une CRP, une créatininémie et un ionogramme peuvent faire partie des examens demandés au cas par cas

- Le **lavement baryté** ou **coloscanner**: lorsque l'endoscopie n'est pas réalisable ou en cas de sténose infranchissable

Les examens complémentaires

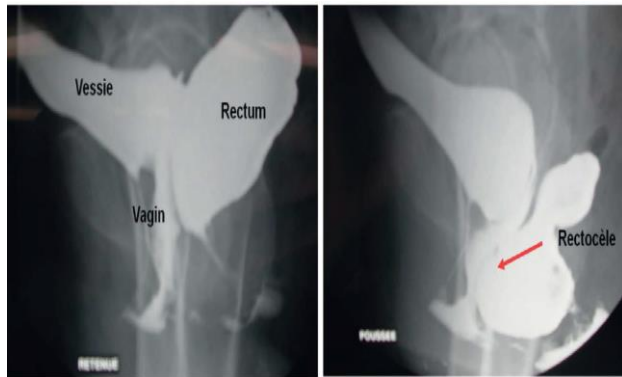
En deuxième intention

le temps de transit colique (TTC) est l'examen de référence pour le diagnostic de constipation à transit lent.

L'exploration d'une suspicion de dysfonction pelvienne fait appel à deux types d'examens:

- une manométrie anorectale avec test d'expulsion au ballonnet
- une défécographie ou un recto-colpocystogramme (qui explore les deux autres filières génitales et urinaires) ou une déféco-IRM, parfois appelée IRM pelvienne dynamique





Traitement

BUT

-Normaliser le transit -TRT des causes organiques

Moyens

*règles hygiéno-diététiques

* Traitement médicamenteux

*Autres possibilités thérapeutiques

*Les règles hygiéno-diététiques

Leur efficacité est variable et semble limitée .

* Le respect d'une périodicité stable de présentation à la défécation

*L'adoption d'une position dite en semi-squatting faciliterait l'exonération

* une activité physique soutenue

▪*l'enrichissement progressif de la ration quotidienne en fibres

Traitement médicamenteux: laxatifs

Type	Mécanisme d'action
<i>Laxatifs osmotiques</i>	
Hydratant (macrogol)	Effet osmotique par fixation de molécules d'eau
Hydroxyde de magnésium	Effet osmotique et effet stimulant sur la motricité
Sucres non absorbables (lactulose, lactitol, mannitol, sorbitol, pentaérythritol)	Effet osmotique qui dépend de leurs concentrations dans l'intestin grêle et le côlon. Leur effet laxatif est accru par la production intracolique d'acides gras volatiles qu'ils provoquent dans la lumière intestinale
<i>Laxatifs émollients</i>	
Huile de paraffine	Lubrification du bol fécal
<i>Laxatifs stimulants*</i>	
Anthracéniques, bisacodyl, docusate et picosulfate de sodium, huile de ricin	Stimulation de la motricité colique
<i>Laxatifs par voie rectale</i>	
Suppositoires, lavements	Déclenchement d'un besoin exonérateur par stimulation de la muqueuse rectale ou dégagement intrarectal de CO ₂

En pratique

• Laxatifs non irritants :

- En première intention: laxatif osmotique, lactulose (DUPHALAC):
- 1 à 3 càs /j en 1 prise (meilleure efficacité osmotique) le matin à dose progressive
- En seconde intention: laxatif lubrifiant, huile de paraffine : 1 à 4 càs /j.

• Laxatifs stimulants

- Ils doivent être évités sauf pour des courtes durées car ils risquent d'entraîner une colopathie aux laxatifs (diarrhée, troubles hydro électrolytiques...).

* Autres possibilités thérapeutiques

La rééducation par biofeedback recommandée en cas de constipation distale mais nécessite une bonne compréhension du patient et une grande expérience du thérapeute.

Chirurgie

Dans les formes sévères de constipation de transit, une intervention chirurgicale peut exceptionnellement être envisagée.

Plusieurs options sont alors discutables:

l'irrigation antérograde, également appelée intervention de Malone

- les autres possibilités sont nettement plus lourdes puisqu'il s'agit de colectomies. Le plus souvent, on préférera une colectomie subtotala avec anastomose ileo-rectale qui est l'intervention de référence.

Autres indications:

- Maladie d'hirschprung: exérèse du segment aganglionnaire
- Troubles de statiques pelvienne: rectopexie

conduite thérapeutique

