



Item280-Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement).

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC SNFGE 07 - Polycopié national: item 300	- Selles < 3x/S et/ou difficultés - Constipation chronique si > 6M - Mdt / CCR / diabète / hypothyroïdie - Constipation fonctionnelle (Rome: 6) - Rectorragie / AEG / évolution - NFS-CRP / TSH / glycémie / iono-crét. - Manométrie anorectale / transit colique - Régime riche en fibres +/- supplémentation - Laxatifs osmotiques si échec MHD - Biofeedback / traitement chirurgical spécialisé - Croissance staturo-pondérale - Biopsie rectale pour M. de Hirschsprung	- Prise médicamenteuse - Cause secondaire / CCR +++ - TR avec ex. marge anale - Signes d'alarme (3) - âge > 50ans = coloscopie - Education et MHD (6) - Arrêt des médicaments - Mucoviscidose chez l'enfant

A. CONSTIPATION CHEZ L'ADULTE

Généralités

Définition

- Diminution de la fréquence des selles **et/ou** difficultés à la défécation
- Fréquence: en général on retient: < **3 selles par semaine**
- La constipation est dite chronique si > **6 mois** (!! ≠ diarrhée: 4S)

Epidémiologie

- !! symptôme fréquent: 30% de la population générale / F > H (ratio = 3/1)
- Fonctionnelle en général, mais peut révéler une pathologie grave (CCR ++)

Facteurs de risque de constipation (SNFGE 07)

- Sexe féminin / âge élevé / race noire
- Régime sans résidu / ration calorique journalière faible
- Prise médicamenteuses multiples
- Inactivité physique / alimentation / faible niveau socio-économique
- Syndrome anxiodépressif / maltraitance physique ou abus sexuel

Etiologies

Constipation secondaire (« constipation-symptôme »)

- **Etiologies iatrogènes (A savoir !)**
 - **Médicaments constipateurs**
 - Analgésiques: **morphine** +++ / codéine
 - Ralentisseurs du transit (lopéramide)

- Autres: furosémide, anticholinergiques, lévodopa, neuroleptiques, sétrons, etc.
- **Etiologies obstructives**
 - **Etiologies tumorales (A savoir !)**
 - **CCR** / cancer anal / par compression extrinsèque (ovaire, etc.)
 - **Etiologies non tumorales**
 - Maladie de Crohn sténosante / colites (radique, ischémique, etc.)
- **Etiologies neurologiques**
 - Neuropathie végétative (dysautonomie): **diabète**
 - Paraplégie / Maladie de Parkinson (+ Lévodopa !)
- **Etiologies endocriniennes**
 - **Hypothyroïdie**: cf **Hypothyroïdie**
 - Troubles ioniques: hypercalcémie / hypokaliémie
- **Pathologies anales**
 - « Constipation réactionnelle »: car douleur au passage des selles
 - Causes = fissure **anale** / hémorroïdes

Constipation primitive (« constipation-maladie »)

- **Constipation distale (ou terminale ou dyschésie)**
 - **Troubles de la statique pelvienne (+++)**
 - **Prolapsus rectal**: extériorisation du rectum à travers l'anus
 - **Rectocèle**: hernie de la paroi antérieure du rectum dans le vagin (F)
 - **Troubles de la sensibilité rectale**
 - = ↑ du seuil de perception rectale
 - Fécalome chez le sujet âgé / encoprésie chez l'enfant
 - **Anisme (dyssynergie abdomino-périnéale)**
 - = mauvaise coordination entre muscles abdominaux et pelviens
 - → hypertonie du sphincter anal et m. pubo-rectal lors de la défécation
 - !! Peut être témoin d'un abus sexuel: à rechercher (**A savoir !**)
 - **Mégarectum idiopathique**
 - = diamètre du rectum > 6.5cm
 - Clinique = constipation terminale intense avec fécalome
- **Constipation de transit = inertie colique**
 - = ↓ du péristaltisme colique post-prandial (+/- par ↓ du # plexus nerveux)
 - !! Représente 13% des constipations / terrain = femme jeune ++
 - **M. de Hirschsprung**: forme sévère = agénésie des plexus nerveux du rectum

Constipation fonctionnelle +++

- Cause la plus fréquente (**60%** des cas) mais reste un diagnostic d'élimination
- **Critères = classification de Rome III**
 - Absence de substrat organique (infl. / cancer / métabolique / anatomique)
 - Absence de syndrome de l'intestin irritable (cf **Colopathie fonctionnelle.**)
 - Début > **6 mois** et durée > 3 mois
 - **Présence d'au moins 2 critères/6 dans ≥ 1/4 des défécations**
 - < 3 défécations /S
 - Efforts de poussées
 - Selles dures
 - Sensation d'évacuation incomplète
 - Sensation d'obstruction ou de blocage anorectal
 - Utilisation de manoeuvres manuelles

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd de: diabète / dysthyroïdie / CCR (dont familiaux) / MICI
 - **Prises**: médicamenteuses +++ (**A savoir !**) / alimentation (fibre/eau)
 - **Anamnèse**: ancienneté (enfance ++) / **calendrier des selles** / retentissement ++
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractériser la constipation** (= critères de Rome pour TFI)
 - Evolution (> 6M) / Fréquence (< 3x/S) / Aspect (dures)
 - Manoeuvres manuelles / efforts de poussée
 - Sensation d'obstruction / d'évacuation incomplète (**dyschésie**)
 - **Rechercher des signes associés**
 - **signes d'alarme**: AEG / rectorragie (**A savoir !**)

- **syndrome rectal**: épreinte / ténesme / faux-besoins
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: poids ++ / PA-FC / FR-SpO2 / T
 - **Examen digestif**
 - **TR** avec examen de la **marge anale**: fissure / fécalome / CCR (**A savoir !**)
 - Examen du tonus anal / tonus abdominal / prolapsus / orifices herniaires
 - **Orientation étiologique**
 - **Neurologique ++** : recherche déficit sensitivo-moteur / parkinson
 - **Pour CCR**: recherche ADP (Troisier) / masse / rectorragie
 - **Pour hypothyroïdie**: goître / signes d'hypométabolisme (cf **Hypothyroïdie**)
 - **Signes de gravité à toujours rechercher**
 - **Rectorragies** ou anémie / sang dans les selles ou au TR
 - Perte de poids ou **AEG** / Atcd perso de cancer gynécologiques
 - **Evolution**: constipation persistante / résistante / aggravation

Examens complémentaires

- En règle générales **AUCUN** examens complémentaires dans constipation, sauf: (**A savoir !**)
- **Indications à faire des examens complémentaires (SNFGE 07)**
 - Présence de signe de gravité: **rectorragie / AEG**
 - Orientation clinique vers une constipation **secondaire**
 - Constipation **persistante** malgré traitement (MHD +/- laxatifs pendant **6 mois**)
- **Bilan étiologique de 1ère intention = rechercher une constipation secondaire**
 - **Bilan biologique (6)**
 - **NFS-CRP**: recherche anémie ferriprive / syndrome inflammatoire (CCR)
 - **Glycémie**: recherche un diabète
 - **TSH +++** : recherche hypothyroïdie (TSH > 5µg/L)
 - **Iono-créatinine et calcémie**: hypercalcémie / hypokaliémie / IR
 - **lléo-coloscopie totale avec biopsies**
 - **Indications (A savoir !)**
 - Age d'apparition des symptômes > **50ans**
 - Orientation clinique vers une lésion: **AEG / rectorragies**
 - Indication à un dépistage systématique du CCR (cf **Tumeurs du colon et du rectum.**)
 - **Recherche une étiologie obstructives**: CCR +++ / Crohn / colite, etc.
- **Bilan étiologique de 2ème intention = rechercher une constipation primitive**
 - **Ssi** pas d'amélioration par traitement initial: MHD seules puis MHD + laxatifs **sur ≥ 6 mois**
 - **et** pas d'étiologie retrouvée au **bilan de 1ère intention** (biologie + coloscopie)
 - **Manométrie anorectale (MAR)**
 - **Modalités**
 - Mesure tonus du sphincter anal: au repos / à la contraction
 - Mesure seuil de perception rectale (ballon gonflé dans rectum)
 - Réflexe recto-anal: relax du sphincter si ballon dans rectum
 - Epreuve d'expulsion colique: anormale si temps > 2min
 - **Recherche**
 - Si hypertonie au repos: rechercher fissure anale / anisme
 - Si seuil de perception ↑ = trouble de la sensibilité rectale
 - Si absence de réflexe recto-anal: M de Hirschprung / étiologie neuro
 - **Temps de transit colique (TTC)**
 - **Modalités**
 - Ingestion de marqueurs radio-opaques (pellets) puis ASP à +7j
 - **Recherche**
 - Normale = disparition de 100% des pellets
 - Inertie colique = stagnation colique diffuse
 - Constipation terminale = accumulation recto-sigmoïdienne
 - **Rectographie (ou défécographie) +/- IRM dynamique**
 - **Technique**
 - Radio pendant défécation avec opacification par hydro-solubles
 - Descente du périnée / vérification de la vacuité rectale post-défécation
 - **Recherche**
 - Troubles de la statique pelvienne: rectocèle ++, prolapsus

Complications

Dues aux efforts de poussée répétés +++

- Fissure anale / hémorroïdes
- Prolapsus rectal / vésical
- Hernie inguinale (indirecte)
- Rectorragies
- !! Incontinence anale: cf lésions nerveuses secondaires

Fécalome

- = Masse de merde dure dans le rectum
- C^o: occlusion intestinale / ulcération rectale / RAU / translocation +/- sepsis

Fausse diarrhée du constipé

- = « selles » liquides contenant des scybales (petites selles dures) alternant avec constipation
- Mécanisme: constipation → hypersécrétion digestive réactionnelle = émissions liquides

Traitement

Prise en charge

- Traitement en ambulatoire / suivi clinique régulier

Traitement non médicamenteux

- A instaurer devant toute constipation en 1^{ère} intention +++ (A savoir !)
- **Education du patient**
 - Arrêt des médicaments potentiellement responsables
 - Conseils à la défécation: rythme régulier, intimité, etc.
- **Mesures hygiéno-diététiques**
 - Régime riche en fibres: céréales, **5 fruits et légumes**
 - Apports hydriques suffisant (1.5-2L/j ms pas d'augmentation spécifique)
 - Activité physique régulière: pas vraiment d'effet direct mais pour la qualité de vie
- **Supplémentation en fibres**
 - **pas** systématique / son de blé 15-40g/j / ↑ progressive (sinon ballonnements)
- **Prise en charge psychologique**
 - Selon terrain / en cas de constipation fonctionnelle ++

Traitement médicamenteux = laxatifs

- **En 1^{ère} intention: laxatifs osmotiques**
 - = molécules non absorbées (sucres) : mouvement d'eau par effet osmotique
 - Ex: Duphalac® (lactulose) / Polyéthylène glycol (PEG® / Forlax®)
- **Autres (à éviter +++)**
 - **Laxatifs de lest**: fibres naturelles ou synthétiques. Ex: Spagulax®
 - **Laxatifs émoullissants**: Ex: huile de paraffine (Lansoyl®)
 - **Laxatifs stimulants**: stimulent le péristaltisme et sécrétions intestinales

Traitement étiologique si constipation primitive

- **Biofeedback**
 - = Technique de rééducation: coordination du relâchement pelvien et poussée
 - Pour anisme / dyssynergie ano-périnéale +++
- **Traitement chirurgical**
 - Pour rectocèle symptomatique ou prolapsus rectal exteriorisé
 - Pour maladie de Hirschprung: colectomie avec anastomose colo-rectale basse

Surveillance

- **Clinique seulement / régulière**
 - **Observance** des MHD + laxatif et détection des abus +++
 - Recherche d'apparition de **signes d'alarme**: AEG / rectorragie (A savoir !)

B. CONSTIPATION CHEZ L'ENFANT

Généralités

Définition

- **Chez le nourrisson**: fonction de l'alimentation; en pratique: tolérance clinique
- **Chez l'enfant > 2ans**: fréquence < 2 selles/S ou poids des selles < 35g/j

Epidémiologie

- Constipation fréquente: 5% des nourrissons et 15-20% chez l'enfant

- Cause la plus fréquente de douleur abdominale chronique

Etiologies

- **Constipation fonctionnelle +++**
 - Plus de 90% des cas de constipation chez l'enfant
- **Constipation secondaire**
 - Maladie de Hirschsprung
 - Pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC)
 - **Mucoviscidose**
 - Hypothyroïdie
 - Maladie coeliaque (rarement)
 - Autres: malformations ano-rectales / tumeur neurologique, etc.

Orientation diagnostique

Examen clinique

- !! si TR: toujours en présence des parents et après leur accord (**A savoir !**)
- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - Rechercher retard à l'émission du méconium (> 48h) +++
 - Atcd familiaux de constipation / personnels (allergie PLV)
 - Carnet de santé: évaluation de la **courbe staturo-pondérale** ++
 - **Prises**: type d'alimentation / prise médicamenteuse (opiacés)
 - **Anamnèse**: date d'apparition / évolutivité / facteurs modifiants
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractériser la constipation**: fréquence / aspect des selles
 - **Signes associés**: douleur / vomissement / ballonnement / **souillures**
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: poids ++ / température / PA-FC-FR-SpO2
 - **Examen abdominal**
 - Palpation abdominale / recherche météorisme
 - **TR**: recherche ampoule rectale vide ou fécalome (avec **parents** +++)
 - Examen de la marge anale: recherche fissure / prolapsus
 - **Examen général: retentissement**
 - Rechercher un syndrome carenciel / dénutrition
 - Complication: fissure anale ++ / fécalome / encoprésie
- **Arguments en faveur d'une cause organique +++**
 - Retard d'émission du **méconium** (> 48h)
 - Retentissement sur la **croissance staturo-pondérale**
 - Episodes occlusifs ou sub-occlusifs / vomissements
 - Ballonnements abdominaux / prolapsus rectal
 - Constipation **persistante** malgré traitement bien conduit

Examens complémentaires

- **Si pas d'argument pour une constipation organique**
 - !! **AUCUN** examen complémentaire n'est nécessaire (**A savoir !**)
 - Un examen clinique normal est suffisant pour éliminer une cause organique
- **Si suspicion de constipation organique (Hirschsprung ++)**
 - **Pour Hirschsprung**: ASP / lavement / manométrie +/- biopsie
 - **Si bilan négatif**: selon contexte: test de la sueur / TSH, etc.

Diagnostic étiologique

Maladie de Hirschsprung

- **Généralités**
 - Maladie due à l'agénésie des cellules ganglionnaires des plexus nerveux
 - → absence de contractilité intestinale = stase du bol fécal
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Anamnèse**
 - Retard d'émission du méconium +++
 - Constipation précoce et sévère
 - **Examen physique**

- Ampoule rectale vide ou débâcle au TR
- Episodes de ballonnement abdominal +/- syndromes occlusifs
- Examens complémentaires
 - Pour diagnostic positif
 - ASP = distension colique / ampoule rectale vide
 - Lavement = disparité de calibre (zone pathologique rétrécie)
 - Manométrie = absence du réflexe recto-anal inhibiteur (ballon)
 - Pour confirmation diagnostique
 - Biopsie rectale = agénésie ganglionnaire / coloration AChE
- Traitement
 - Traitement chirurgical: exérèse de la zone atteinte / abaissement colorectal

Traitement

Mise en condition

- Prise en charge ambulatoire

Mesures hygiéno-diététiques + + +

- Chez le nourrisson
 - Vérifier préparation des biberons (1 dose dans 30mL d'eau)
 - Proposer préparations riches en lactose
- Chez l'enfant
 - Alimentation équilibrée / riche en fibres (fruits / légumes / céréales)
 - Apports hydriques suffisants (non sucré) / diminuer laitage si excessifs
 - Activité physique / éducation à la défécation (se présenter régulièrement, etc)

Traitement médicamenteux

- Laxatifs lubrifiants (Bébégel®) chez le nourrisson
- Laxatif osmotique (Normacol®) chez l'enfant
- → monothérapie en 1ère intention +/- association si échec

Mesures associées

- Soutien / lutte contre isolement de l'enfant
- Education de l'enfant et des parents à la défécation
- Prise en charge psychologique si encoprésie (!! > 4ans)

Surveillance

Synthèse pour questions fermées

Quelle est votre obsession devant une constipation chez l'adulte ?

- Cancer Colo-Rectal

2 éléments de votre prise en charge devant une constipation résistante à tous les laxatifs chez un patient de cancérologie sous morphine ?

- Rechercher un fécalome

- Antagoniste périphérique des opioïdes Méthyl-naltrexone : Relistor®)