La constipation : une approche diagnostique en 5 étapes

Patrick Godet, MD, FRCPC

Présenté dans le cadre de la *Mise à jour en gastro-entérologie* de l'Université de Montréal, le 10 octobre 2003

Le cas de Pierrette

Pierrette, âgée de 40 ans, vous consulte pour un problème de constipation qui dure depuis longtemps et qui s'est récemment détérioré. Elle se plaint de ballonnements et de malaises ressentis au bas de l'abdomen qui sont soulagés par la défécation. Elle n'a noté ni perte de sang dans ses selles, ni perte pondérale.

Vous traitez Pierrette avec de l'amitriptyline depuis deux ans pour une fibromyalgie. L'accouchement de son deuxième enfant a été difficile et a nécessité une épisiotomie. Votre patiente est visiblement inquiète, car sa belle-mère est décédée d'un cancer colique et celle-ci présentait, quelques mois avant son décès, les mêmes symptômes qu'elle.

Quels symptômes et quels signes physiques vous permettront de cibler efficacement ce problème et d'établir un diagnostic différentiel en vue de l'investiguer?

À la suite de cette démarche, quelle approche thérapeutique pensez-vous qu'il est préférable de privilégier?

Étape 1 : Définir

La constipation se définit par la présence d'au moins deux des quatre critères suivants présents pendant une période de plus de trois mois :

- moins de trois selles par semaine;
- défécation laborieuse ou prolongée;
- selles de consistance anormalement dure;
- sensation d'évacuation incomplète.

Le besoin de recourir à une extraction manuelle, d'utiliser des lavements ou des suppositoires, ou la présence de ballonnements ou de coliques abdominales peuvent être associés au tableau symptomatique de la constipation.

Le **Dr Godet** est gastro-entérologue, Centre hospitalier de Verdun et Centre hospitalier de LaSalle, Montréal.

Étape 2 : Déterminer la cause

Dans 90 % des cas, des causes dites « fonctionnelles » sont responsables de la constipation (tableau 1). Une

Tableau 1
La classification de la constipation « fonctionnelle »

Type	Symptômes	Commentaires
Transit normal	Évacuation incomplète Passage de selles dures Ballonnements Malaises abdominaux soulagés par la défécation	Type le plus fréquent Détérioré par le stress/dépression Réponse aux fibres alimentaires et aux laxatifs osmotiques
Transit lent	Diminution de l'envie de déféquer Ballonnements Douleurs abdominales	Diminution du péristaltisme post-prandial. Débute dès la puberté et réponses thérapeutiques variables
Évacuation anormale	Défécation laborieuse Besoin d'extraction manuelle	Fréquence des selles diminuée, normale ou augmentée
Fécalome	Souillure Diarrhées par « trop plein »	Palpable au toucher rectal Méga rectum au lavement baryté Soulagé après une vidange rectale Patient alité

Tableau 2
Classification des causes de la constipation, autre que « fonctionnelle »

Classe	Causes	Commentaires
Médication	Narcotiques, opiacés, anticholinergiques, antidépresseurs, anticonvulsivants, antiacides	Corrélation temporelle peut être présente
Métabolique	Hypothyroïdie, hypercalcémie, diabète (dysautonomie)	
Neurologique	Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, lésions médullaires	Rechercher une hypoesthésie sacrée
Psychologique	Dépression, anorexie nerveuse, personnalité obsessive	
Gastro-intestinale	Cancer, sténose (radique, post-diverticulite), sclérodermie, maladie de Hirschsprung (rare)	Antécédents personnels et familiaux
Ano-rectale	Sténose anale, dysfonction du plancher pelvien, rectocèle, intussusception, prolapsus rectal	Une incontinence urinaire peut suggérer une dysfonction du plancher secondaire à un trauma obstétrical

anamnèse détaillée et un examen physique permettront d'exclure la majorité des autres causes (tableau 2). Chez un même patient, la constipation peut être multifactorielle.

Étape 3 : Investiguer

L'investigation est indiquée pour éliminer :

A. Une maladie systémique :
formule sanguine complète, vitesse de sédimentation, hormone thyréotrope (TSH), calcémie, glycémie et électrolytes sanguins;

B. Une anomalie structurale de l'intestin :
- Le lavement baryté permet d'apprécier la longueur et la largeur du côlon. Ce test est adéquat pour éliminer toute lésion significative pouvant entraîner de la constipation.
- Finalement, une coloscopie est indiquée si le patient est âgé de plus de 45 ans ou qu'il présente des symptômes d'alarme ou des antécédents familliaux de cancer colique.

Étape 4 : Référer

Le patient peut être référé en centre tertiaire lorsque le clinicien soupçonne un transit lent, une dysfonction du plancher pelvien ou toute autre anomalie structurale nécessitant une sanction chirurgicale (rectocèle, par exemple) ou lorsque le patient est réfractaire au traitement pharmacologique (moins de 5 % des patients).

Étape 5 : Traiter

Les mesures générales

1. Corriger, le cas échéant et dans la mesure du possible, toute cause autre que fonctionnelle.
2. Rassurer le patient : après une évaluation appropriée, le médecin doit être confiant lors de la communication du diagnostic (le patient qui consulte craint souvent souffrir d'un cancer).
3. Réviser son mode de vie : le patient a-t-il suffisamment de temps pour aller à la salle de toilettes? Est-ce que le fait de surélever les pieds (de 15 cm) peut aider (viser la position

Tableau 3

Le traitement pharmacologique de la constipation chronique

Médication	Dose quotidienne	Commentaires
Fibres		
Méthylcellulose, psyllium	Jusqu'à 20 g	Efficacité limitée Indications : traitement à long terme pour la femme enceinte Inadéquat pour une constipation grave ou un traitement aigu
Sucres		
Lactulose	15 à 30 mL, 2 fois par jour	Efficace en 2 à 3 jours Observance limitée par le goût, les flatulences et les ballonnements
Polyéthylène glycol	250 à 500 mL	Efficace à court et à moyen terme. Provoque moins de ballonnements et de flatulences que le lactulose
Sels		
Hydroxyde de magnésium (Maalox®)	2 à 4 cuillères à thé, au besoin	Utile et sécuritaire pour la constipation légère
Citrate de magnésium (Citro-Mag®)	150 à 300 ml, au besoin	Risque d'hypermagnésémie, surtout si présence d'insuffisance rénale
Phosphate de sodium (Fleet®)	25 ml, au besoin (+ 125 ml d'eau)	Risque d'hyperphosphatémie et d'autres troubles électrolytiques Contre-indiqué en grossesse
Anthranoïdes		
Séné (Senokot®)	2 à 4 comprimés, au coucher	Recommandé pour un traitement de moins d'une semaine en raison de la controverse sur l'usage à long terme de ce type de médicaments Associé à la mélanose colique
Cascara	5 mL	
Polyphénols		
Bisacodyl (Dulcolax®)	1 à 3 dragées	Indiqué et efficace pour une constipation temporaire
Huile de ricin	15 à 30 mL, au besoin	Peut entraîner des diarrhées et des crampes abdominales graves Contre-indiqué en grossesse.

accroupissement)? Peut-il pratiquer des activités physiques?

4. Évaluer et traiter, si nécessaire, toute composante psychologique : les symptômes associés à la constipation peuvent être détériorés par des périodes de stress, d'anxiété ou de dépression.

Tableau 3 (suite)

Le traitement pharmacologique de la constipation

Médication	Doses quotidiennes	Commentaires
Émollients		
Docusate sodique (Colace®)	100 mg, 2 fois par jour	Efficacité non établie
Huile minérale	15 à 30 mL, 1 fois par jour	Utile et efficace, mais attention à l'incontinence huileuse Risque de malabsorption des vitamines liposolubles et d'aspiration
Prokinétique		
Tégasérode (Zelnorm®)	6 mg, 2 fois par jour	Agoniste des récepteurs 5-HT4. Indiqué pour le syndrome de l'intestin irritable de type constipation et pour la constipation fonctionnelle
Lavements		
À l'eau, à l'eau saline	500 mL, au besoin	Distension rectale, émollient fécal, stimule le péristaltisme. Si répété, risque d'intoxication à l'eau
Aux phosphates (Fleet®)	120 mL, au besoin	Risque de rectite, d'hyperphosphatémie et d'hypocalcémie
Suppositoires		
Glycérine	1 suppositoire, au besoin	Cliniquement efficace, mais effet inconnu sur la muqueuse rectale
Bisacodyl	1 suppositoire, au besoin.	Indiqué à court terme seulement; altère la muqueuse rectale

5. Réviser l'alimentation du patient. Un apport adéquat (20 g) de fibres alimentaires quotidiennement sera toujours recommandé, même si les résultats peuvent parfois être décevants (surtout si le transit est lent ou en présence d'un mégacôlon) et associés avec un ballonnement abdominal. Une bonne hydratation doit également être recommandée, particulièrement en cas de déshydratation (fièvre).

6. Les mesures pharmacologiques sont exposées au tableau 3.

Suite à la page 102 →

CARTE DE
7 OU DE 10 JOURS
Voir page 69 pour savoir comment prescrire le produit Antibiotique. Pour plus d'information, veuillez consulter la monographie du produit.

Questions et réponses

1. La fréquence des selles est-elle le seul critère permettant de définir la constipation?

Il n'existe pas de critère unique pour définir la constipation. Lorsqu'un patient vous consulte pour cette raison, il est essentiel de bien préciser ce malaise avant de poursuivre toute évaluation.

2. Sur quoi devrais-je concentrer une anamnèse me permettant de différencier les causes fonctionnelles, systémiques et structurales?

L'anamnèse devrait inclure :

- une revue des antécédents médicaux;
- une revue des médicaments;
- la durée des symptômes et leur évolution;
- la recherche des symptômes nocturnes et d'alarme;
- une revue des habitudes de vie, dont l'alimentation et l'hydratation.

3. Sur quoi devrait porter l'examen physique?

À l'examen physique, le clinicien doit s'assurer de l'absence :

- de signes d'hypothyroïdie, de neuropathie et de dysautonomie;
- d'une masse palpable, d'un nodule ombilical, et d'une hépatomégalie;
- d'adénopathies;
- de fissures, de fistules anales et d'hémorroïdes externes en péri-anal;
- d'une hypoesthésie sacrée;
- de descente anormale du périnée (N = 1 à 4 cm) lors d'un effort simulé de défécation ou d'un prolapsus rectal;
- d'un spasme anal, d'une masse rectale ou d'un fécalome au toucher rectal.

4. Doit-on investiguer tous les cas de constipation?

Une investigation est recommandée dans les situations suivantes :

- constipation récente ou progressive sans cause évidente;
- patient âgé de plus de 45 ans;
- présence de signes d'alarme (perte de poids, spoliation, fièvre);
- antécédents familliaux de cancer colique;
- constipation chronique n'ayant jamais été investiguée et ne répondant pas aux mesures simples. *Clin*

À retenir...

Étape 1 : Définir

Étape 2 : Déterminer la cause de la constipation

Étape 3 : Investiguer

Étape 4 : Référer, en cas de besoin

Étape 5 : Traiter (mesures générales et pharmacologiques)

www.stacommunications.com

Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.

Références

1. Lembo, A, Camilleri, M : Current concepts: Chronic constipation. N Engl J Med. 349(14):1360, 2003
2. Lennard-Jones, JE : Constipation. Sleisenger and Fordtran Gastrointestinal and Liver Disease. Saunders, p. 174, 1998.
3. Ahlquist, DA, Camilleri, M : Diarrhea and constipation. Harrisson's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill, p. 241, 2001.
4. Locke, GR, Pemberton, JH, Phillips, SF : AGA technical review on constipation. Gastro 119(9):1766, 2000.

Lectures suggérées

1. Camilleri, M : Current concepts: Chronic constipation. N Engl J Med 349(4):1360, 2003.
2. Lennard-Jones, JE : *Constipation. Sleisenger and Fordtran Gastrointestinal and Liver Disease*. Saunders. p. 174, 1998.
3. Ahlquist, DA, Camilleri, M : *Diarrhea and constipation. Harrisson's Principles of Internal Medicine.* McGraw-Hill, p. 241, 2001.
4. Locke, GR, Pemberton, JH, Phillips, SF : AGA technical review on constipation. Gastroenterology 119(6):1766, 2000.

Lipidil SUPRA^MC est indiqué comme traitement d'appoint à un régime alimentaire ou à d'autres mesures thérapeutiques chez les patients atteints d'une hypercholestérolémie de type IIa et d'une hyperlipidémie mixte de type IIb selon la classification de Fredrickson, pour réduire le taux de triglycérides sériques (TG) et de LDL et augmenter le taux de HDL, ainsi que chez les patients adultes atteints d'une hypertriglycéridémie très élevée et d'une hyperlipidémie de type IV ou V, selon la classification de Fredrickson, qui présentent un risque élevé de séquelles et de complications liées à l'hyperlipidémie.

Monographie du produit disponible sur demande à Fournier Pharma Inc., Montréal (Québec) H3A 2R7.

® Marque déposée. Produit développé et manufacturé par Laboratoires Fournier SA, Dijon, France.

MC Lipidil SUPRA^MC est une marque de commerce de Fournier Pharma inc. 2003 Fournier Pharma inc., Montréal (Québec) H3A 2R7

LIPIDIL® supra

fénofibrate formule microenrobée

FOURNIER PHARMA INC.

www.fournierpharma.ca

CCPP

Membre R&D

LS 18-0303F