

La constipation chez les personnes âgées

Une approche diagnostique et thérapeutique par étapes mène au but

Jusqu'à 50% des patients âgés vivant en EMS souffrent d'une constipation et, par conséquent, leur qualité de vie est souvent substantiellement impactée. La différenciation de la constipation en sous-types est essentielle pour un traitement réussi. L'examen clinique ainsi que la thérapie devraient s'effectuer par étapes.



Dr Nora Brunner-Schaub
Zurich

Sous-types: « constipation n'est pas constipation »

Dans la population totale, la prévalence de la constipation se situe entre 1 et 10%. Cette dernière augmente avec l'âge pour atteindre 20% chez les personnes âgées de plus de 65 ans et jusqu'à 50% chez les personnes vivant en institution (1). Constipation n'est pas constipation: on distingue les formes fonctionnelles primaires de constipation des constipations secondaires (tab. 1).

La forme la plus fréquente, avec environ 70% des cas, est la constipation fonctionnelle chronique et selon les critères Rome IV c'est la seule qui peut être diagnostiquée sur la base d'une anamnèse typique (tab. 2). Le recouvrement avec le syndrome du côlon irri-

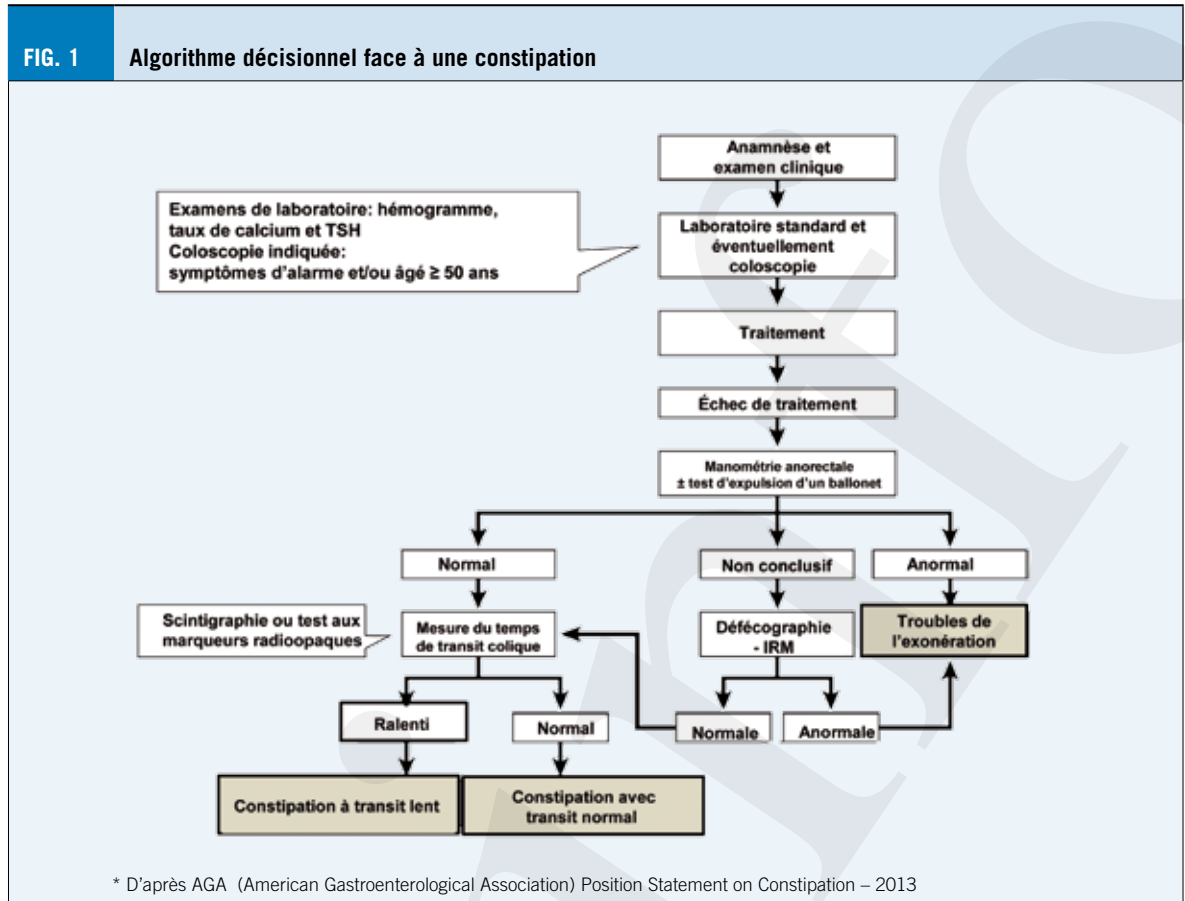
table accompagné de constipation est fréquent, et les deux tableaux cliniques sont très difficiles à distinguer. Seulement, environ 10% des patients constipés présentent un transit intestinal prolongé (« slow transit constipation »).

La cause du transit intestinal prolongé de plus de 72 heures chez ces patients n'est pas entièrement éclaircie. Pourtant, histologiquement, une réduction des cellules interstitielles Cajal, les cellules dites « stimulatrices », dans le côlon est observée. Et manométriquement, la motilité du colon est réduite ou non coordonnée de sorte que l'ensemble peut être considéré comme une neuropathie viscérale. La seconde cause de la constipation, affectant environ 20 à 30% des patients, sont des troubles de la défécation resp. des troubles de l'exonération des selles avec une pathologie de relaxation incomplète ou une contraction paradoxale du plancher pelvien ou du sphincter anal. Parfois, ces troubles sont associés aux problèmes anatomiques tel que la rectocèle et/ou l'intussusception intestinale. La faiblesse du plancher pelvien et de l'appareil sphinctérien ainsi que la diminution de la sensibilité et de la continence rectales avec l'âge contribuent au fait que les troubles de défécation se manifestent plus fréquemment chez les personnes âgées (2). Les formes secondaires de la constipation sont également fréquemment observées chez les patients âgés (tab. 1) souvent dues aux médicaments ou à une maladie neurologique ou une endocrinopathie.

TAB. 1 Sous-types de la constipation	
Constipation primaire ou idiopathique	
<ul style="list-style-type: none"> • Constipation avec transit colique normal (Synonyme: constipation chronique fonctionnelle/idiopathique) • Troubles de l'exonération des selles (Variantes: anisme, dyssynergie anorectal) • Constipation à transit colique lent 	
Constipation secondaire	
Médicaments pouvant entraîner une constipation	Maladies neurologiques
Opiacés	Maladie de Parkinson
Anticholinergiques	Sclérose en plaques
Antidépresseurs tricycliques	AVC
Neuroleptiques	Démence
Inhibiteurs de la monoamine oxydase	Neuropathie autonome (diabète sucré)
Antiépileptiques	Pathologie de la moelle épinière
Antihistaminiques	Obstruction mécanique
Antihypertenseurs	Tumeur colorectale
Antispasmodiques	Sténoses non-tumorales (après une diverticulite, ischémique)
Sympathomimétiques	Rectocèle, entérocele
Diurétiques	
Maladies systémiques	Endocrinopathies
Sclérose systémique	Hypothyroïdie
Amyloïdose	Hyperparathyroïdie (Hypercalcémie)

TAB. 2 Critères de Rome IV de la constipation chronique idiopathique	
Présence pendant au moins les 3 derniers mois sur une période de 6 mois, de façon permanente ou intermittente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'au moins 2 des critères suivants (>25% des défécations) <ul style="list-style-type: none"> – Efforts de poussée à la défécation – Selles dures ou fractionnées – Sentiment d'une défécation incomplète – Sentiment d'une obstruction/blocage ano-rectale – Manoeuvre manuelle destinée à la facilitation de la défécation – Moins de 3 défécations spontanées par semaine • Rarement des évacuations de selles molles sans la prise de laxatifs • Ne remplit pas les critères d'un syndrome de l'intestin irritable 	

FIG. 1 Algorithme décisionnel face à une constipation



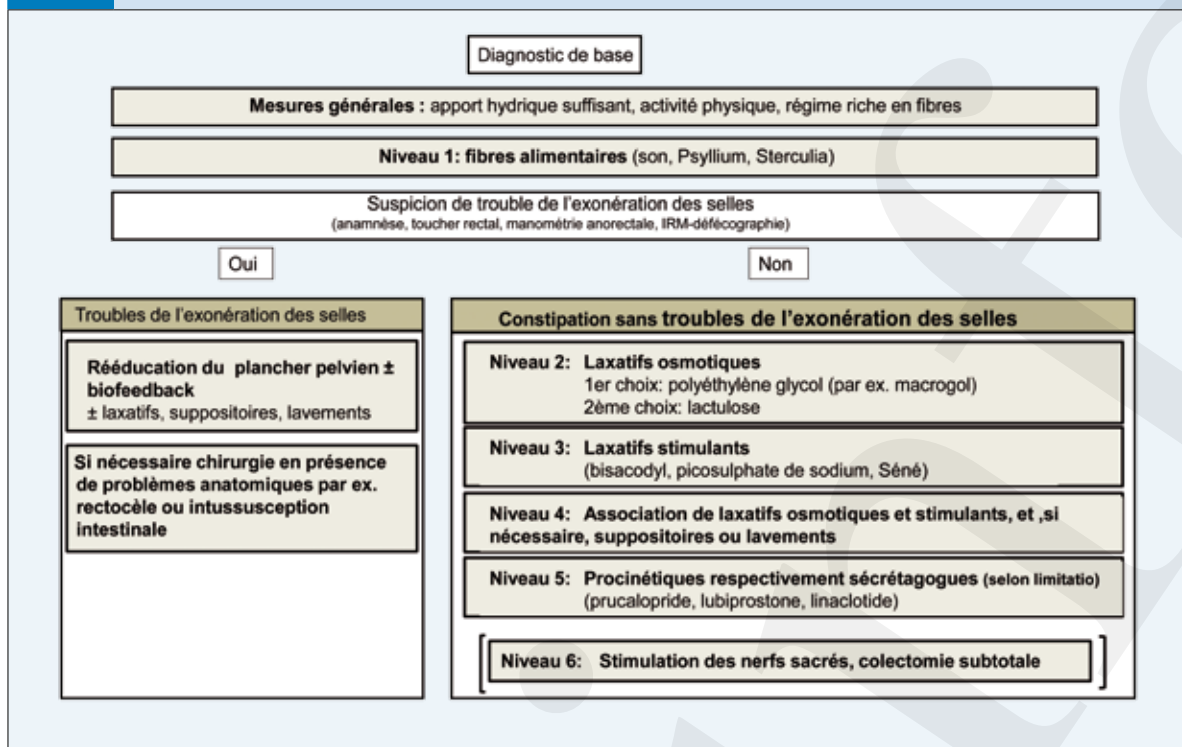
Examen clinique par étapes

L'examen clinique et la thérapie de la constipation devraient être effectués par étapes, et souvent, ils s'effectuent en parallèle (fig. 1) (3,4).

Au préalable, l'anamnèse approfondie devrait examiner la consistance, la fréquence et l'exonération des selles afin de recueillir les indications d'éventuels troubles de défécation (sensation d'exonération incomplète, sentiment de blocage ano-rectal, des manoeuvres manuelles pour faciliter la défécation) et également établir une liste précise des médicaments et d'éventuels tentatives de traitement précédentes qui pourraient influencer la situation. En règle générale, l'examen abdominal n'est pas suspect. Le toucher rectal est indispensable: des fissures anales et des prolapsus peuvent être observés et des tumeurs rectales, resp. une impaction fécale peuvent être senties. De plus, la manométrie anorectale permet d'évaluer la fonction sphinctérienne anale. Souvent, une tentative de défécation s'avère être utile pendant l'examen rectal, amenant normalement à une relaxation du sphincter anal et du plancher pelvien associée à une descente du périnée, tandis que l'absence de cette réaction peut indiquer des troubles de défécation suite à une dyssynergie ano-rectale. Pour les patients jeunes avec une anamnèse typique de constipation idiopathique, aucun examen supplémentaire n'est nécessaire avant la première tentative de traitement. Chez les patients âgés par contre, en raison de causes secondaires fréquentes, des tests standards de laboratoire (TSH et calcium) sont recommandés. Dans le cas d'une constipation récente et/ou de symptômes d'alarme tels qu'une perte de poids, une perte de sang ab ano ou une anémie, alors une coloscopie ou au moins une rectosigmoïdoscopie sont indiquées pour exclure

une tumeur maligne. Après ces examens standards, une première tentative de traitement peut inclure le choix d'un mucilage ou d'un laxatif osmotique (cf. chapitre suivant). En cas de réaction non adéquate, des examens supplémentaires par rapport à un dysfonctionnement de la défécation sont recommandés. Un test de dépistage simple est l'expulsion d'un ballonnet qui est rempli avec 50 ml d'eau et appliqué dans le rectum. Si le ballonnet peut être expulsé aux toilettes dans un délai d'une minute, un dysfonctionnement de la défécation est peu probable. Actuellement, la manométrie ano-rectale est effectuée au moyen de cathéters à haute résolution, est peu invasive et n'exige aucune préparation de la part du patient. La fonction sphinctérienne (en relaxation / sous tension) peut être quantifiée et à l'aide de l'imagerie manométrique lors de la défécation, différents sous-types du dysfonctionnement de la défécation peuvent être caractérisés (5). La manométrie ano-rectale est souvent combinée à une défécographie IRM; ceci permet, après l'application d'un agent de contraste, de réaliser une IRM dynamique de la défécation. Hormis la fonction du plancher pelvien, l'IRM indique les problèmes anatomiques tels que des rectocèles ou intussusceptions. Il faut souligner que la défécographie IRM est effectuée, en règle générale, en position allongée, donc non-physiologique par rapport à la position d'exonération. La question de savoir si les problèmes anatomiques découverts sont pertinents pour la fonction subsiste: surtout, les rectocèles sont fréquents et se voient également chez des sujets sans trouble. Ainsi, la plupart des rectocèles de < 2 cm ne sont pas pertinents pour la fonction et ne demandent pas de correction chirurgicale. La mesure du temps de transit colique n'est requise qu'exceptionnellement.

FIG. 2 Schéma de prise en charge d'une constipation



Thérapie par étapes

La qualité de vie des patients et patientes est souvent compromise par les problèmes de constipation et ils ont vécu une odyssée thérapeutique. Bien souvent, il faut commencer par corriger les conceptions erronées d'une exonération des selles. La recherche de la thérapie optimale peut être de longue durée, principalement puisqu'il s'agit d'adapter le traitement aux besoins individuels des patients. Il faut augmenter la thérapie progressivement, et souvent, des combinaisons d'agents et/ou de formes posologiques différents s'avèrent être bénéfiques (fig. 2 et tab. 3) (6).

Des mesures générales telles qu'un apport hydrique suffisant et d'activité physique sont souvent recommandées, mais, surtout chez la plupart des jeunes patients, ne jouent probablement qu'un rôle inférieur comme cause de constipation. Ces mesures peuvent cependant être utiles pour les patients âgés, spécialement lors d'un alitement.

Comme médicament du niveau 1, des fibres alimentaires sont recommandés (son de blé, Psyllium et Sterculia). Un apport hydrique suffisant est essentiel pour atteindre l'effet expansif souhaité. L'entrée en action est retardée d'un délai de 12 à 72 heures et des météorismes peuvent être un effet secondaire limitant. Si la situation ne s'améliore pas, il faut passer au traitement avec un laxatif osmotique (niveau 2) pour lequel des méta-analyses ont démontré un bénéfice léger du polyéthylène glycol (macrogol) par rapport au lactulose. Contrairement au lactulose, le macrogol n'est pas hydrolysé dans le côlon et produit ainsi moins de ballonnements. Les médicaments du niveau 3 sont des laxatifs stimulants (bisacodyl, picosulphate de sodium et Séné) avec un effet prokinétique direct. Beaucoup de patients affirment l'efficacité de ces médicaments mais rapportent souvent des crampes abdominales. Une combinaison des médicaments du niveau 2 et 3 est avantageuse par les modes d'action différents. En particulier lors de troubles

de l'exonération, une association supplémentaire de suppositoires stimulants ou de lavements peut présenter un avantage thérapeutique. En cas de réponse négative, les médicaments plus récents prokinétiques (prucalopride) ou des sécrétagogues (lubiprostone, linaclotide) peuvent être appliqués (7) en tenant compte des limitations respectives notées dans les listes de spécialités: en Suisse, le prucalopride et le lubiprostone sont autorisés pour la thérapie de la constipation chronique réfractaire au traitement des adultes (le lubiprostone en plus pour la constipation induite par les opiacés chez le patient non cancéreux) et le linaclotide pour le traitement symptomatique du syndrome de l'intestin irritable associé à une constipation. L'avantage et la tolérance des trois médicaments ont été confirmés par plusieurs études randomisées et contrôlées, par contre, l'âge moyen des populations de la plupart des études était d'environ 50 ans. Il reste à voir si ces données peuvent être extrapolées et appliquées à une population plus âgée. Une tentative thérapeutique est néanmoins justifiée.

Quant aux troubles de l'exonération des selles, les laxatifs des niveaux 1 à 3 peuvent être proposés, cependant, le fondement de la thérapie reste la rééducation du plancher pelvien qui vise le renforcement et la coordination des muscles du bassin et du ventre ainsi que l'entraînement de la sensibilité rectale. Souvent on a recours à la méthode de biofeedback qui visualise à l'écran les mécanismes physiologiques au moyen de sondes rectales. De cette façon, le patient peut mieux comprendre et mettre en pratique les instructions du thérapeute. Le taux de réponses à ce genre de thérapie est élevé (amélioration des symptômes pour env. 70% des patients, même sur une durée allant jusqu'à 4 ans) et nettement plus élevé que la réponse aux laxatifs courants (8). Il va de soi que cette thérapie exige certaines ressources physiques et cognitives et n'est pas appropriée à toute la population âgée.

TAB. 3 Aperçu des médicaments destinés au traitement de la constipation

Classe de substances	Principe actif	Produits et posologie	Mode d'action	Effets indésirables
Laxatifs de lest (ballast)	Son de blé Psyllium Sterculia	Metamucil® 1 c à café ou 1 sachet 1-3 x /j avec 1-2 verres supplémentaires de liquide Colosan mite® 1 c à café 1-3x/j avec 1 verre supplémentaire de liquide par c à café	<ul style="list-style-type: none"> Action de gonflement dès la prise du produit indigestible, augmentation du volume de selles, selles plus molles, stimulation du péristaltisme colique Entrée en action dans un délai de 12-72 h 	Météorisme et flatulences
Laxatifs osmotiques	Lactulose Lactitol Polyéthylène glycol (macrogol)	Duphalac® 15-45 ml/j Importal® 30 ml/j Laxipeg® 1-2 sachets/j ou max. 20g (flacon) Transipeg®, Movicol® 1-2 sachets/j	<ul style="list-style-type: none"> Disaccharide pas hydrolysé dans l'intestin grêle Entrée accrue de liquide dans la lumière du côlon entraînée par l'augmentation de la pression osmotique dans le côlon Entrée en action dans un délai de 24-48h 	Météorisme et flatulences
Laxatifs stimulants	Bisacodyl Picosulphate de sodium Séné	Dulcolax® resp. Prontolax® 5-10 mg/j (le soir) Laxoberon® 10-30 gttes/j Pursennid®, X-Prep®	<ul style="list-style-type: none"> Stimule le péristaltisme du côlon et entraîne une accumulation d'eau et d'électrolytes dans la lumière du côlon Entrée en action dans un délai de 6-12 h 	Crampes abdominales, hypokaliémie
Procinétiques respectivement sécrétagogues	Prucalopride (approuvé pour le traitement de la constipation chronique) Lubiprostone (approuvé pour le traitement de la constipation induite par les opiacés chez le patient non cancéreux. Linaclotide (approuvé pour le traitement symptomatique du syndrome de l'intestin irritable associé à une constipation)	Resolor® 1-2 mg/j Amitiza® 2x24 µg/j Constella® 290 µg/j	<ul style="list-style-type: none"> Activités entérokinétique, agoniste sélectif des récepteurs de la sérotonine (5-HT4) Augmentation des sécrétions de fluides intestinaux riches en chlorure, grâce à l'activation des canaux chlorure → augmentation de la sécrétion du fluide intestinal Agoniste du récepteur de la guanylate cyclase de type C avec une activité sécrétoire 	Maux de tête, nausée, troubles abdominaux, diarrhée

Beaucoup de patients craignent un traitement continu à l'aide de laxatifs. Selon les données actuelles, on peut et doit rassurer les patients: contrairement aux soupçons, il n'y a aucune évidence d'une atteinte du système nerveux entéral ou d'une augmentation du risque de carcinome de colon. Il est absolument possible de développer une tolérance mais pas de dépendance aux laxatifs. Par conséquent, toutes les options thérapeutiques devraient être appliquées pour atteindre l'objectif d'absence de troubles.

Dr Nora Brunner-Schaub

Gastroentérologie et Hépatologie, Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zurich
nora.brunner-schaub@triemli.zuerich.ch

+ Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Cet article est une version actualisée et traduite de la revue « der informierte arzt » 9/2016

Messages à retenir

- ◆ Jusqu'à 50% des personnes âgées vivant dans des institutions souffrent d'une constipation
- ◆ La constipation chronique idiopathique est le type prédominant, mais surtout chez les patients âgés, il ne faut pas oublier la constipation secondaire ou les troubles de l'exonération des selles
- ◆ Après le diagnostic standard, si la première tentative de traitement est négative, des examens supplémentaires tels que la manométrie anorectale et la défécographie IRM sont recommandés
- ◆ La thérapie devrait s'effectuer par étapes et un traitement associant des médicaments sous forme orale et rectale est souvent bénéfique
- ◆ Il est nécessaire de rassurer les patients à propos d'une prise continue de laxatifs
- ◆ Lors de troubles de l'exonération des selles, la rééducation périnéale avec ou sans biofeedback est la thérapie de premier choix

Références :

1. De Giorgio R et al. Chronic constipation in the elderly: a primer for the gastroenterologist. *BMC Gastroenterol* 2015;15:130
2. Vazquez Roque M, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clin Interv Aging* 2015;10:919-30
3. American Gastroenterological Association. Medical Position Statement on Constipation. *Gastroenterol* 2013;144(1):211-7
4. Andresen V et al. S2k guideline for chronic constipation: definition, pathophysiology, diagnosis and therapy. *Z Gastroenterol* 2013;51(7):651-72
5. Rao SS. Advances in diagnostic assessment of fecal incontinence and dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8(11):910-9
6. Locke GR et al. American gastroenterological Association medical Position Statement: guidelines on constipation. *Gastroenterol* 2000;119(6):1761-6
7. Lacy BE et al. Treatment for constipation: new and old pharmacological strategies. *Neurogastroenterol Motil* 2014;26(6):749-63
8. Chiarioni G et al. Biofeedback therapy for dyssynergic defecation. *World J Gastroenterol* 2006;12(44):7069-74