

Diagnostic et thérapie partiellement en parallèle

Prise en charge de la constipation des patients âgés

Parmi la population en bonne santé, la prévalence de la constipation s'élève selon la définition à 15%, ce taux augmente avec l'âge, parmi les résidents des EMS, l'on recense un taux allant jusqu'à 75%. Les femmes sont plus touchées que les hommes.

Nos patients ne connaissent pas la définition sacro-sainte de la littérature médicale de la constipation idiopathique (Rome III ; Tab. 1). De plus, la définition doit être complétée par l'ensemble du problème des formes d'obstruction aiguës et subaiguës à l'égard de la gestion optimale de la constipation de la personne avec un âge avancé. Une anamnèse complète permet une affectation individuelle: une patiente qui est convaincue de devoir aller aux toilettes deux fois par jour, présente un manque de savoir à l'égard de la fonction intestinale normale et peut probablement être aidée et rassurée par l'information sur l'éventail des fonctions intestinales normales. Par contre, une personne âgée souffrant depuis peu de la constipation mérite toute notre attention. Le spectre s'étend jusqu'à la personne immobile et démente chez laquelle nous sommes appelés à cause de la diarrhée, l'incontinence fécale et/ou urinaire. Son problème montre les limites de l'anamnèse et le diagnostic d'une constipation avec impaction fécale et de la diarrhée paradoxale ne s'effectue qu'avec le doigt. Pour pouvoir évaluer/valoriser les données anamnestiques correctement, les « faits et figures » les plus importants de la constipation doivent être présents et seront donc récapitulés ci-dessous: selon sa définition, la constipation montre une prévalence d'environ 15% dans la population en bonne santé. Au-dessus de l'âge de 65 ans, la prévalence augmente. Chez les résidents des EMS, le taux monte jusqu'à 75% des personnes présentent une constipation, avec une préférence pour le sexe féminin. La majorité des jeunes patients atteints de constipation, en bonne santé autrement, présente une constipation purement fonctionnelle ou primaire (y compris : la constipation avec transit intestinal normale dans la moitié des cas, la constipation avec problèmes de défécation/dysfonction du plancher pelvien à environ un quart des cas, la constipation due au transit intestinal prolongé dans environ 15 % des cas et rarement une combinaison d'elles). Par contre, avec l'âge, le pourcentage des constipations de cause organique, secondaire augmente successivement (tab. 2). L'art de la prise de l'anamnèse est de demander des indices de l'existence de la constipation secondaire respectivement des maladies sous-jacentes. L'âge avancé, l'acuité du début de la maladie et l'existence de soi-disant symptômes d'alarme tels que des selles avec du sang, l'anémie, les maladies inflammatoires de l'intestin, la perte de poids > 5 kg ou des antécédents familiaux de cancer du côlon sont des indices importants. La polymédication qui est rependue chez des patients âgés peut se composer de médicaments avec des effets secondaires constipants (tab. 3). C'est surtout un double problème des médicaments utilisés pour le traitement des maladies du Tableau 2. Les opiacés réduisent la motilité intestinale, augmentent l'absorption de fluide, réduisent la sécrétion de fluide intestinal et augmentent le tonus du sphincter.



Dr Hans Kaspar Schulthess
Zurich

L'examen clinique

La séparation de l'examen clinique du traitement est didactiquement justifiée, dans la pratique, ces deux mesures vont souvent étape par étape en parallèle. L'examen de l'abdomen amène rarement des constats, le plus important reste l'examen rectal obligatoire: une dilatation ou une déformation de l'anus peuvent indiquer des maladies neurologiques. Lors de l'examen dans une position latérale, on examine avec la main droite pour des sténoses anales, des douleurs (fissure, fistule), des tumeurs (carcinome du rectum et de l'anus) et des matières fécales et sa consistance (Stool-Impaction).

Le tonus du sphincter peut être évalué semi-quantitativement. Avec la main gauche sur la paroi abdominale, la tension s'effectuant suite à l'invitation de presser peut être sentie. Habituellement, cela s'accompagne d'une relaxation du plancher pelvien et du sphincter anal et d'une descente du périnée de 1-3,5 cm. Leur absence peut donner un indice pour des troubles d'évacuation dyssynergiques (Outlet-Obstruction).

Une rectocèle peut être diagnostiquée en touchant la paroi avant du rectum tout en poussant, un prolapsus rectal lors de la poussée en position assise.

Des études systématiques sont venues à la conclusion que chez des jeunes patients en bonne santé, sans symptômes d'alarme, il n'y a pas suffisamment d'évidence pour recommander plus d'exams de routine telles que des tests de laboratoire, de rayons X ou d'endoscopie (2). Par contre, dans la population âgée, dans laquelle les formes de constipation secondaires dominent, d'autres examens additionnels sont inévitables. Les divers examens pour le diagnostic

TAB. 1 Rome III: Critères diagnostiques pour des troubles fonctionnels gastro-intestinaux

C3: Constipation fonctionnelle

Les symptômes doivent persister pour au moins trois des six derniers mois:

1. Deux ou plusieurs des critères diagnostiques suivants doivent être remplis:
 - a. Pousser fortement à l'occasion d'au moins 25% des évacuations intestinales
 - b. Selles grumeleuses ou dures dans au moins 25% des défécations
 - c. Sensation d'évacuation incomplète dans au moins 25% des défécations
 - d. Sensation d'obstruction anorectale / blocage pour au moins 25% des défécations
 - e. Des manœuvres manuelles telles que l'évacuation digitale, soutien du plancher pelvien pour faciliter au moins 25% des selles
 - f. Moins de trois évacuations par semaine
2. Sans laxatifs rarement des selles molles
3. Critères insuffisants pour le syndrome du côlon irritable

TAB. 2 Les causes de la constipation	
Constipation primaire ou idiopathique Constipation avec du transit intestinal normal Constipation avec du transit intestinal retardé: Slow Transit Constipation Troubles d'évacuation ano-rectales, Outlet-Obstruction: dyssynergie entre la paroi abdominale et le plancher pelvien/le sphincter anal constipation associée au côlon irritable	
Causes de la constipation secondaire :	
Obstruction mécanique Carcinome du rectum ou du côlon Sténose – en raison d'une diverticulite – après une diverticulite – ischémique – post-radique Compression extrinsèque Entéroçèle/ rectoçèle Sténose anale/ fissure anale	Maladies neurologiques Attaque cérébrale Démence M. Parkinson Sclérose en plaques lésion de la moelle épinière Neuropathie autonome
Troubles métaboliques Diabète mellitus Hypothyroïdisme Panhypopituitarisme Hypercalcémie Hypokaliémie	Causes diverses Alimentation hypocalorique des personnes âgées Anorexie nervosa Dépression immobilité Pseudo-obstruction intestinale Amyloïdose Sclérose systémique Médicaments (tab. 3)

TAB. 3 Les médicaments qui souvent provoquent la constipation	
Médicaments analgésiques Opiacés	
Anticholinergiques / sympathomimétiques Antidépresseurs tricycliques, Neuroleptiques, remèdes contre le Parkinson, médicaments antiépileptiques, antihistaminiques, antispasmodiques	
Ions métalliques Suppléments de fer, antiacides, qui contiennent du calcium et de l'aluminium	
Chimiothérapeutiques Alcaloïdes de Vinca (vincristine), thalidomide	
Divers Inhibiteurs calciques (vérapamil), bloquants ganglionnaires (clonidine) antagonistes des récepteurs 5-HT3 (ondansétron) anti diarrhéiques (lopéramide)	

Traitement

Le Tableau 4 donne un aperçu des agents habituels pour régulariser les selles et des laxatifs. Les patients plus âgés avec des problèmes de constipation primaires chroniques après une évolution de la maladie, souvent depuis des décennies, ne cherchent guère du conseil par le médecin. Ils ont en effet trouvé, pas fondée sur l'évidence, mais en appliquant la méthode personnelle „trial and error“ un moyen personnalisé de régulariser leurs selles qu'ils ne veulent pas changer. Ceux-ci comprennent souvent des mucilages, les sucres et le régime fluide. Les patients âgés qui nous consultent à cause de problèmes de constipation, souffrent d'une forte probabilité d'une maladie de la constipation secondaire. Ils nécessitent des examens mentionnés ci-dessus, mais nous sommes souvent contraints avant l'arrivée des résultats de procéder à un traitement symptomatique basique. La constipation secondaire étant souvent associée à un trouble de la motilité intestinale l'effet des mucilages n'est habituellement pas bon, de sorte qu'avec une plus grande chance de succès des substances principalement osmotiquement actives tels que le lactulose ou le macrogol, peuvent être utilisés en combinaison avec des laxatifs stimulants, si nécessaire. Il est important d'informer les patients que l'effet se produit souvent après quelques jours et que la dose doit être ajustée à intervalles d'une semaine ou qu'un médicament prescrit ne devrait pas être supprimé pour l'inefficacité avant l'intervalle de 4 semaines. L'ancienne génération a été élevée de façon à renoncer à un traitement prolongé avec des laxatifs en raison des effets secondaires et d'accoutumance. L'information par le médecin doit dissoudre ces craintes pour les doses prescrites aujourd'hui. Les constipations secondaires disparaissent avec la guérison de la maladie sous-jacente. Cela est vrai au moins pour les troubles métaboliques et les maladies du côlon qui doivent être traités chirurgicalement si nécessaire. Par contre, ce fait ne s'applique pas aux constipations souvent graves et intractables dans le contexte des maladies neurologiques.

Le traitement des formes graves de constipation y compris l'impaction fécale exige des mesures spéciales: une impaction fécale doit d'abord être mobilisée manuellement si possible à la sédation profonde et en partie instrumentalement au moyen de l'endoscopie. Le lavement avec produit de contraste hydrosoluble permet de ramollir des selles se situant dans le haut du tube digestif et de dépister simultanément des anomalies. Ensuite, boire la solution de PEG potable jusqu'à la vidange complète de la totalité des intestins. Dans la période qui suit l'administration quotidienne de lactulose ou d'une solution de PEG à dose suffisante, pour que l'évacuation fécale se produise au moins tous les deux jours. Des suppositoires au bisacodyl ou à la glycérine pour faciliter la défécation ou alternativement de lavements répétés.

La constipation induit par certains médicaments ne peut être que partiellement éliminée par un changement de médicament (antidépresseurs tricycliques → ISRS, les inhibiteurs calciques → inhibiteurs de l'ECA, la supplémentation en fer p.o. → i.v.). Lors du traitement de la maladie de Parkinson, du traitement antiépileptique et du traitement avec des opiacés chronique, l'utilisation à longue durée de laxatifs est inévitable. Lors de la thérapie avec des opiacés, la combinaison avec un antagoniste agissant seulement en périphérie tel que la méthyl-naltrexone (Relistor®) (5) est possible, cependant, celui-ci doit être administré par voie parentérale. La plupart des effets secondaires fréquents présentent des douleurs abdominales, de la nausée et des flatulences. De plus, il existe une combinaison fixe d'oxycodone et de naloxone (Targin®). Au traitement des troubles de l'évacuation

de maladies sous-jacentes extra-intestinales selon Tab. 2 ne seront pas discutés. En laboratoire, la détermination de la vitesse de sédimentation ou CRP, hémogramme, glucose, potassium, calcium, et la TSH est utile. La souple sigmoïdoscopie et encore plus la coloscopie sont les méthodes de choix pour rechercher des maladies intestinales structurelles. Des patients atteints de constipation et âgés de plus de 50 ans sans coloscopie récente ont besoin d'une nouvelle coloscopie (3). A l'aide d'un marqueur radio-opaque, le temps de transit intestinal (généralement entre 10–70 heures) peut être évalué. Le test d'expulsion d'un ballonnet simple (un ballonnet rempli de 50 ml d'eau peut généralement être expulsé en moins d'une minute en position assise sur les toilettes) peut avec la palpation rectale clinique mentionnée ci-dessus et éventuellement des examens additionnels, comme la manométrie anale, fournir des indices de troubles d'évacuation. La défécographie peut aider à clarifier les causes structurelles de la difficulté de déféquer. Des examens physiologiques du rectum peuvent objectiver la sensibilité rectale et anale qui est souvent perturbée chez les patients âgés souffrant de constipation et de l'impaction fécale, afin que seuls les volumes plus importants de selles engendrent l'envie de déféquer (4).

TAB. 4 Substances et médicaments pour le traitement de la constipation

Groupes de substances	Exemples	Effets secondaires fréquents
Mucilages Son de blé, Plantago, Sterculia	Metamucil, Colosan® mite	Iléus en cas de sténoses, ballonnements, flatulence
Agents osmotiques Lactulose Macrogol (PEG)	Duphalac Movicol®, Transipeg	Ballonnements, flatulence, troubles électrolytiques Nausée, ballonnements, crampes
Stimulants <i>Dérivés de l'anthraquinone</i> Sené, Frangula, Radix rhei <i>Diphénoliques</i> Bisacodyl, picosulfate de sodium	Pursennide® Tavolax, Laxoberon	Mélanose colique, crampes abdominales, chronique: Hypokaliémie Crampes abdominales, chronique: Hypokaliémie
Lubrifiant Glycérol	Bulboid	Irritation rectale
Nouveaux médicaments Agoniste sélectif des récepteurs de la sérotonine 5-HT ₄ Activateur des canaux chlorure de type 2 sélectif Agoniste des récepteurs de la guanylate cyclase C Antagoniste des récepteurs aux opioïdes	Prucalopride (Resolor®) Lubiproston (Amitiza®) Linaclotide (Constella®) Methylnatrexone (Relistor®)	Maux de tête, douleurs d'estomac, nausée, diarrhée Nausées, diarrhée et maux de tête, troubles abdominaux, vomissements, somnolence, œdèmes périphériques, fatigue, mal-être / douleur à la poitrine, dyspnée, dyspepsie et bouche sèche Diarrhée, douleurs d'estomac, sensation de plénitude abdominale et flatulence Douleurs d'estomac, nausée et flatulence

fécale en cas de dyssynergie entre les muscles de la paroi abdominale et du plancher pelvien correspond principalement la thérapie de bio-feedback. Cette dernière s'est démontrée dans plusieurs études plus efficace que le traitement avec des laxatifs. Cependant, aucune étude sur les personnes âgées n'est disponible. Dans ce cas, une décision individualisée selon l'état physique et mental doit être prise.

Evolutions récentes

Le prucalopride (Resolor®) peut être utilisé comme un médicament de réserve en cas de constipation réfractaire idiopathique chronique. Ce prokinétique, un agoniste du récepteur de la sérotonine 5-HT₄, est censé avoir moins d'effets secondaires cardiaques que la préparation efficace de tégasérod (Zelmac®).

Les patients doivent être informés du fait que le plus souvent (20%), des maux de tête, des douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée peuvent se produire après la première dose. Dans la plupart des cas, ces effets secondaires disparaissent avec la poursuite du traitement. L'efficacité chez les patients âgés (> 65 ans) est prouvée pour une dose journalière de 1 mg (6). Cependant, il n'existe pas encore suffisamment de données pour évaluer l'efficacité et la sécurité chez les hommes. Lubiprostone (Amitiza®) active les canaux chlorure, ce qui conduit à la sécrétion de liquide riche en chlorure dans l'intestin. Les indications sont la constipation chronique idiopathique ainsi que la constipation causée par les opiacés mais uniquement pour des patients souffrant de douleurs chroniques pas liées à la tumeur! Le rôle de la lubiprostone pour le traitement de la constipation chronique n'est toujours pas déterminé et des effets secondaires comme la nausée surviennent dans jusqu'à 30% des cas. Il manque des comparaisons avec d'autres laxatifs et la sécurité de l'utilisation à long terme n'est pas établie. Le linaclotide (Constella®) est un agoniste au récepteur guanylate-cyclase-C (GC-C) avec des effets analgésiques et sécrétoires viscéraux. En Suisse, il est approuvé pour le traitement symptomatique du syndrome modéré à sévère du côlon irritable avec constipation (IBS-C) chez les adultes. Toutefois, le rapport à long terme des avantages et des risques n'est pas clair, en particulier chez les patients âgés. Le naloxegol est un dérivé pégylé de

naloxone, qui présente une biodisponibilité orale plus élevée grâce à la pégylation et ne peut pas passer la barrière sang-cerveau. La substance est actuellement en procédures d'autorisation pour le traitement de la constipation induite par les opioïdes. La relation entre la flore intestinale et la fonction intestinale est intéressante, en particulier, entre la détection de la flore méthanogène et de la constipation (7). Dans une étude en double aveugle, randomisée, a été démontré que le symptôme de la constipation chez les patients méthane-positifs a été amélioré de façon significative par un traitement combiné avec la néomycine et le rifaximin par rapport à la monothérapie avec la néomycine. De plus, un test respiratoire de méthane négatif après le traitement était associé à significativement moins de constipation qu'un test d'haleine positif persistant. Ces données ne sont pas encore concluantes, mais ouvrent de nouvelles perspectives.

Dr Hans Kaspar Schulthess

Zürichbergstr. 70, 8044 Zurich, schulthess_hk@swissonline.ch

Cet article est une version actualisée et traduite de la revue «der informierte arzt» numéro 8/2011.

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

+ Références: sur notre site internet: www.medinfo-verlag.ch

Message à retenir

- ◆ Chez les résidents des EMS, le taux des personnes présentent une constipation monte jusqu'à 75%. La constipation est principalement de cause organique et constitue donc une constipation secondaire
- ◆ Chez des patients âgés, l'examen clinique de la constipation nécessite obligatoirement un examen rectal digital
- ◆ Une coloscopie récente est l'outil indispensable pour pouvoir évaluer une constipation nouvellement apparue
- ◆ Si les laxatifs stimulants sont correctement dosés, leur effet d'accoutumance peut être négligé ou, respectivement, ne présente aucune contre-indication à leur utilisation à long terme

Références

1. Locke GR et al. Gastroenterology 2000;119(6):1766-78
2. Rao SS et al. Am J Gastroenterol 2005;100(7):1605-15
3. Qureshi W et al. Gastrointest Endosc 2005; 62(2):199-201
4. Brian E et al. Constipation in the older adult. Clinical Geriatrics 2004; 12: 44-54
5. McNicol E et al. Pain Med 2008; 9(6):634-59
6. Müller-Lissner S et al. Neurogastroenterol Motil. 2010;22(9):991-8
7. Pimentel M et al. Dig Dis Sci. 2014;59(6):1278-85