

Constipation chez l'enfant et l'adulte IC-283

- Connaître la prévalence de la constipation chez l'enfant
 - Connaître la définition de la constipation chronique
 - Distinguer l'origine fonctionnelle de l'origine organique et surtout congénitale de la constipation chez l'enfant
 - Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une constipation
 - Connaître les caractéristiques cliniques et les éléments de diagnostic différentiel
 - Distinguer la constipation fonctionnelle des causes organiques et congénitales
 - Connaître les règles hygiénodietétiques
 - Connaître et reconnaître les complications de la constipation chronique de l'enfant
 - Connaître les principes de prise en charge de la constipation chronique
-

Connaître la prévalence de la constipation chez l'enfant OIC-283-01-B

La constipation est un motif fréquent de consultation chez le jeune enfant.

Ce symptôme est à l'origine de près de 5 % des consultations de pédiatrie en médecine libérale.

La constipation apparait le plus souvent entre 1 et 4 ans et peut toucher jusqu'à un tiers des enfants d'âge scolaire.

Connaître la définition de la constipation chronique OIC-283-02-A

Adulte

La constipation peut être définie :

- Soit par une réduction du nombre de selles hebdomadaires (< 3 selles/semaine)
- Soit par des efforts de poussée exagérés pour exonérer ce qui définit la dyschésie
- Soit une association des deux

Dans tous les cas on peut considérer que la constipation est définie par la plainte d'un patient concernant son transit (qualité et nombre de selles, sensation d'évacuation incomplète...). La constipation est chronique si elle est présente depuis au moins 6 mois.

La constipation occasionnelle est une entité à part. Le malade se plaint d'une constipation apparue assez brutalement dans des circonstances particulières telles que les derniers mois de la grossesse, un alitement, un voyage.

L'émission de selles liquides n'élimine pas une constipation, surtout si ces selles liquides précèdent ou suivent une période sans évacuation et/ou sont associées à l'élimination initiale d'un bouchon de selles dures (fausse diarrhée).

La constipation est un des symptômes les plus fréquents en gastro-entérologie avec une prévalence de 15 à 20%. Elle touche préférentiellement les femmes (rôle hormonal, accouchement).

Distinguer l'origine fonctionnelle de l'origine organique et surtout congénitale de la constipation chez l'enfant OIC-283-03-B

La constipation chez l'enfant est le plus souvent fonctionnelle, nécessitant un traitement symptomatique (mesures hygiéno-dietétiques associées souvent à un traitement médicamenteux).

Il est nécessaire d'évoquer une cause organique devant certains signes d'appel ou en cas de mauvaise réponse à un traitement de première intention bien conduit.

L'origine fonctionnelle est multi factorielle et se développe après 6 mois. Avant 6 mois le mécanisme est essentiellement réflexe.

La rétention des selles de manière répétée dans l'ampoule rectale, conduit à la constipation. C'est la rétention terminale.

D'autres mécanismes peuvent favoriser la constipation fonctionnelle :

- Défaut d'apport hydrique ou en fibres
- Régime lacto farineux exclusif

L'origine organique est expliquée par différents mécanismes, selon la cause :

- Absence de contraction colique
- Troubles ioniques
- Médicaments
- Insuffisance de poussée
- Hypertonie du sphincter
- Obstacle anal

Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une constipation OIC-283-04-B

Aucun examen complémentaire systématique n'est indiqué chez un constipé chronique qui consulte pour la 1ère fois, en l'absence de signe d'alarme.

Examen endoscopique : Coloscopie

La coloscopie avec anesthésie générale devra être proposée dans les situations suivantes :

- si les symptômes sont apparus ou s'aggravent après 50 ans ;
- en cas de signes d'alarme (rectorragie, altération de l'état général, modification récente et inexpliquée du transit) ;
- Dans les situations recommandées dans le cadre du dépistage systématique du cancer du côlon dans la population générale (exemple : antécédent familial au premier degré de cancer colique).

Examens biologiques

Il n'y a pas d'attitude consensuelle et aucun bilan biologique n'est strictement nécessaire dans le cadre du diagnostic de la constipation. Leur prescription sera donc guidée en fonction du contexte clinique et surtout s'il existe des signes d'alarme.

Si un bilan biologique est prescrit il comprendra : Numération Formule Sanguine, Protéine C Réactive, TSH, Glycémie, Créatinine, ionogramme sanguin, Calcémie.

Examens fonctionnels

- Temps de transit colique aux marqueurs radio-opaques

Cet examen est basé sur la réalisation d'un cliché radiologique d'Abdomen Sans Préparation après ingestion de marqueurs radio-opaques pendant 5 à 6 jours afin d'évaluer leur nombre et leur répartition sur le cadre colique. Une formule permet de calculer le temps de transit colique (normale d'environ 60 heures). Cet examen est simple et peu invasif. Néanmoins, sa sensibilité est faible avec une grande variabilité inter et intra-individuelle. Il doit être réalisé après arrêt des laxatifs.

- Manométrie ano-rectale

Cet examen a pour objectif d'identifier un trouble fonctionnel de l'exonération. En effet, une dyschésie, qui est un symptôme clinique, pourra se traduire, à la manométrie ano-rectale, par une asynergie (ou asynchronisme) abdomino-périnéale c'est-à-dire l'absence de relaxation voire une contraction paradoxale du sphincter anal externe lors de l'effort de poussée.

Il est réalisé le plus souvent sans préparation préalable, chez un patient conscient, en décubitus latéral gauche. Le principe est d'utiliser une sonde introduite par voie anale surmontée d'un ballonnet.

Examens morphologiques

- Défécographie

Cet examen radiologique dynamique a pour but de rechercher un trouble anatomique à l'origine d'une dyschésie (troubles de la statique pelvienne). Il consiste à opacifier le rectum et le plus souvent la filière urinaire et gynécologique et de faire réaliser des efforts de poussées. Il est le plus souvent réalisé en cas d'échec des traitements conservateurs et lorsqu'une chirurgie est envisagée.

- Déféco-IRM ou IRM pelvienne dynamique

Cet examen est une alternative à la défécographie et le choix entre les deux examens dépend des centres et des habitudes des équipes médico-chirurgicales.

- Lavement opaque chez l'enfant :

Cet examen est indiqué en cas de suspicion de maladie de Hirschprung.

Connaître les caractéristiques cliniques et les éléments de diagnostic différentiel OIC-283-05-A

Interrogatoire

Il permet :

- 1/ de confirmer le diagnostic de constipation et son caractère chronique ;
- 2/ de rechercher des facteurs favorisants (sédentarité, régime pauvre en fibres, médicaments...) ;
- 3/ de rechercher des symptômes en faveur d'une cause secondaire
- 4/ d'appréhender le mécanisme de la constipation : de transit ou distale (dyschésie)
- 5/ de rechercher des signes d'alarme en faveur d'un cancer colorectal voire du canal anal (rectorragie, altération de l'état général, modification récente et inexpliquée du transit...)
- 6/ d'apprécier le retentissement sur la qualité de vie

NB : il est important de connaître la notion de « fausse diarrhée des constipés ». En effet, chez certains patients présentant une constipation distale avec présence de matières dans l'ampoule rectale (= fécalome), la dégradation de ces selles dans le rectum peut induire une « fausse diarrhée » le plus souvent rapportée par le patient comme des épisodes de diarrhée brutale faisant suite à plusieurs jours de constipation avec une répétition fréquente de ce « cycle ».

Examen clinique

L'examen de l'abdomen peut permettre de mettre en évidence une sensibilité en fosse iliaque gauche, en regard côlon gauche et du sigmoïde où sont stockées les matières fécales. On peut y percevoir la présence de matières fécales. On peut également observer un météorisme abdominal. Il recherche des signes en faveur d'une cause secondaire. L'examen proctologique est fondamental dans le cadre d'une constipation.

L'examen de la marge anale permet de rechercher des lésions locales (hémorroïdes, fissure...)

Le toucher rectal permet de s'assurer de l'absence de lésion anale ou rectale. Il permet également de rechercher la présence anormale de matières dans l'ampoule rectale (fécalome), d'évaluer le tonus sphinctérien anal et de rechercher une rectocèle.

L'examen périnéal « dynamique » consiste à examiner le patient lors d'efforts de poussée notamment. Il peut permettre de mettre en évidence un trouble de la contraction du sphincter anal externe (le plus souvent défaut de relaxation ou contraction paradoxale lors de la poussée), et de mettre en évidence des troubles anatomiques tels qu'une descente périnéale.

Distinguer la constipation fonctionnelle des causes organiques et congénitales OIC-283-06-B

Il faut distinguer la constipation idiopathique ou primitive, de la constipation secondaire.

A) Constipation idiopathique : elle peut être en lien avec deux mécanismes : un ralentissement du transit colique (constipation de transit) et/ou un trouble de l'évacuation rectale (constipation distale ou dyschésie).

S'il s'agit d'une constipation de transit, il s'agit le plus souvent d'une réduction de la fréquence et de l'amplitude des contractions coliques. Dans ce cas, le patient décrit le plus souvent une réduction du nombre de selles hebdomadaires, des selles plutôt déshydratées (petites et dures car elles restent plus longtemps dans le côlon).

S'il s'agit d'une constipation distale également appelée dyschésie, il peut s'agir :

- d'un trouble fonctionnel (défaut de relaxation sphinctérienne anale voire contraction paradoxale du sphincter anal externe lors de la poussée, trouble de la sensibilité rectale) et /ou

- d'un trouble « anatomique » avec un trouble de la statique pelvienne (rectocèle, périnée descendant, procidence rectale interne...)

Dans le cas d'une constipation distale le patient décrit le plus souvent : des efforts de poussée exagérés, une sensation d'évacuation incomplète et parfois le recours à des manœuvres digitales pour favoriser l'évacuation (le plus souvent en cas de troubles anatomiques).

NB : Les deux mécanismes de constipation peuvent coexister.

B) Constipation secondaire : révélatrice d'une maladie organique, digestive ou extra-digestive qu'il faudra rechercher lors de l'interrogatoire.

La recherche d'une cause organique, avant tout une sténose colique, s'impose devant toute constipation récente ou récemment aggravée. Une cause médicamenteuse ou toxique doit être cherchée systématiquement chez des malades se plaignant de constipation récente.

Les causes possibles de la constipation secondaire sont présentées dans le Tableau 1.

Signes d'alarme :

- altération de l'état général, amaigrissement
- douleurs nocturnes et insomniantes
- rectorragies, méléna
- constipation sévère, persistante, ne répondant pas au traitement ou s'aggravant sans cause évidente
- syndrome rectal (épreintes, ténesme, faux besoins)
- masse abdominale ou rectale
- biologie : anémie, syndrome inflammatoire

Causes digestives	Causes extra-digestives
<div>- Obstruction luminale (cancer colorectal ou de l'intestin grêle)</div> <div>- Sténoses non tumorales (diverticulaire, inflammatoire, ischémique)</div> <div>- Sténose anale (cancer du canal anal, sténose inflammatoire, cicatricielle)</div> <div>- Compression extrinsèque : tumeur bénigne ou maligne (ex. ovaire), carcinose péritonéale, adhérences post-chirurgicales, endométriose, prolapsus</div>	<div>Neurologiques :</div> <div>- Maladie de Parkinson</div> <div>- Sclérose en Plaques</div> <div>- Lésion médullaire</div> <div>- Syndrome de la queue de cheval</div> <div>- Accident Vasculaire Cérébral</div>

	NB : On considère que près de 50% des patients atteints de maladies neurologiques chroniques ont des troubles du transit
	Métaboliques : <ul style="list-style-type: none"> - Diabète - Hypothyroïdie, insuffisance surrénale - Hypercalcémie, hypocalcémie - Hypomagnésémie, hypokaliémie
	Maladies de système : <ul style="list-style-type: none"> - Sclérodémie - Amylose
	Causes médicamenteuses ou toxiques : <ul style="list-style-type: none"> - fer oral - antidiarrhéiques - antalgiques (opiacés, tramadol), antispasmodiques - anticholinergiques - antidépresseurs (carbamazépine), antipsychotiques, anticonvulsivants (amitriptyline), antiparkinsoniens - diurétiques hypokaliémians (furosémide) - résines (cholestyramine)

Connaître les règles hygiénodietétiques OIC-283-07-A

Chez l'adulte

A) Règles hygiéno-diététiques

Les règles hygiéno-diététiques sont essentiellement représentées par un régime enrichi en fibres (environ 25 g/jour). Il n'y a pas d'intérêt à augmenter les apports hydriques. En revanche, les eaux riches en magnésium peuvent être recommandées. Il est important de recommander une présentation régulière aux toilettes et une amélioration de la position de défécation (jambes surélevées, utilisation d'un marche-pied). L'exercice physique n'améliore pas la constipation.

La rééducation ano-rectale peut être utile dans le traitement de la constipation distale.

En fonction du contexte, une prise en charge psychologique peut être nécessaire.

La chirurgie est exceptionnelle dans la prise en charge de la constipation (colectomie) et concerne surtout la chirurgie des troubles de la statique pelvienne (rectocèle etc.).

Les traitements de type caecostomie endoscopique ou chirurgie sont du domaine des centres experts.

B) Laxatifs

Il existe différentes catégories de laxatifs.

Les laxatifs de 1^{ère} intention sont les laxatifs osmotiques et les laxatifs de lest.

En seconde intention les laxatifs irritants, lubrifiants et prokinétiques peuvent être utilisés. Les laxatifs irritants doivent être utilisés avec prudence du fait de risque de mélanose colique (maladie des laxatifs);

Chez l'enfant

- Recommandations générales pour limiter les facteurs favorisants :
 - apprentissage de l'exonération : pédagogie et réassurance parentale ;
 - hygiène défécatoire : essai quotidien sans forcer ni contraindre, au mieux après un repas ;
 - amélioration des conditions pratiques : siège WC adapté, plots sous les pieds (poussée efficace), intervention auprès de l'établissement scolaire ;
 - mode de vie : horaires de repas réguliers, activité physique suffisante (natation) ;
 - arrêt des médicaments constipants (si possible).
- Conseils diététiques après enquête alimentaire :
 - 1–2 biberons par jour avec de l'eau, apports hydriques suffisants (quel que soit l'âge) ;
 - apports en fibres (fruits, légumes, céréales) et en graisses végétales adéquats ;
 - correction d'éventuelles erreurs (modalités de reconstitution du lait, excès d'épaississants).

Connaître et reconnaître les complications de la constipation chronique de l'enfant OIC-283-08-B

- Fissure anale : pleurs à la défécation et rectorragies
 - Prolapsus rectal
 - Douleurs abdominales (soulagées par émission des selles)
 - Sub-occlusions (anorexie nausées, météorismes)
 - Encoprésie : fuites de matières dans les sous-vêtements, après 4 ans plus fréquent chez le garçon ; secondaire à un fécalome
 - Infections urinaires
-

Connaître les principes de prise en charge de la constipation chronique OIC-283-09-B

- Personnalisé et adapté à l'âge
- Explications des mécanismes physiopathologiques (vacuité rectale)
- Mesures hygiéno-diététiques
- Evaluation de l'alimentation de la mère chez le nourrisson allaité
- Vérification de la reconstitution des biberons , apports d'eau, diversification
- Traitement médicamenteux chez l'enfant plus grand pour ramollir les selles et supprimer le cercle vicieux : selles dures-douleurs-rétention à prolonger plusieurs mois puis en diminuant progressivement, toujours associés aux mesures hygiéno-diététiques :
 - o Osmotiques (néonatal)
 - o PEG (dès 6 mois (à forte dose si fécalome))
 - o Lavements si fécalome

Prise en charge psychologique : peut être utile en cas de cause psychologique à la rétention, de conséquences psychosociales du trouble, ou de bénéfice secondaire recherché.
