

LA CONSTIPATION, SYMPTÔME OU MALADIE ?

La constipation

Il s'agit là d'un sujet encore tabou et délicat, dont les patients parlent peu en société ou dans leur cercle d'intimité. Pourtant, avec près de 60 % des français qui estiment avoir des **troubles du transit**, il s'agit d'un réel problème de santé publique. Il n'y a donc qu'un gros tiers des gens qui estiment avoir un transit intestinal « satisfaisant », c'est à dire régulier, et confortable.

Il est nécessaire de préciser dès l'abord de ce chapitre que la notion de **constipation** contient une part de subjectivité...en effet, certaines personnes vont aux toilettes une fois par semaine « seulement » sans que cela ne les dérange. A l'opposé inverse des troubles du transit, on trouve la diarrhée...là encore certaines personnes ne sont pas incommodées par plusieurs selles quotidiennes, si c'est leur transit habituel.

Enfin, la constipation, bien que la plupart du temps bénigne, peut avoir à moyen ou long termes des conséquences : diverticules du côlon, hémorroïdes, fissure anale... Il est donc (comme pour tout désordre bénin) important de consulter, dès lors que la constipation en tant que symptôme devient un souci avec un retentissement sur la vie professionnelle, sociale ou encore affective.

A noter enfin que la constipation peut révéler des pathologies plus sérieuses, et qu'elle doit notamment attirer l'attention et faire l'objet d'explorations complémentaires lorsqu'elle présente certaines caractéristiques sémiologiques atypiques (cf + bas).

Définition : qu'est ce que la constipation ?

Comme je l'ai dit plus haut, il y a dans la définition de la constipation une part certaine de subjectivité ; néanmoins, on pourrait schématiquement la définir comme telle :

– notion de **fréquence** : il y a constipation lorsque le transit est fait de **moins de 3 selles par semaine**. C'est à dire que la « normalité » va jusqu'à une selle tous les 2 jours. A partir de 3 jours d'intervalle, on peut dire qu'il y a constipation.

– notion de **consistance** : la consistance des selles est systématisable et représentée par l'échelle de Bristol ; il y a constipation lorsque les selles sont sèches et dures, petites (les « crottes de bique ») ou encore trop volumineuses, mais dans tous les cas difficiles à évacuer.

Autre point de vue : on peut aussi définir la constipation en fonction de l'endroit de l'intestin où elle se passe. En pratique, on distingue 2 types de constipation :

- la constipation de **progression** : c'est celle des patients qui ont un intestin « fainéant », où la totalité du bol alimentaire met plus de temps que la normale (de 12 à 24 h en théorie) à cheminer le long du tube digestif, jusqu'à la sortie.
- la constipation **terminale** : dans ce cas, les selles cheminent normalement dans le tube digestif, mais ont tendance à s'accumuler dans **l'ampoule rectale**, et du coup deviennent difficiles à évacuer de par leur volume important. C'est dans ce

cadre que les complications d'ordre proctologiques (hémorroïdes, fissure) surviennent le plus volontiers.

Le point commun à ces deux situations est la difficulté d'aller à la selle et un temps infini passé sur le trône. C'est l'interrogatoire précis du patient sur ses habitudes alimentaires et défécatrices qui orientera le médecin vers un type ou un autre de constipation, dont la prise en charge, notamment médicamenteuse (cf + bas, chapitre traitement) n'est pas la même.

1) Causes de la constipation

Elles sont très nombreuses !! Bien, évidemment il y a celles qui sont très fréquentes et celles qui sont assez rares. Le tout est de replacer la survenue et l'évolution de la constipation dans son contexte. Prenons deux exemples concrets : une constipation ancienne chez une jeune femme active et stressée sans comorbidité particulière orientera moins vers une maladie sous jacente qu'une constipation de survenue aiguë chez un patient âgé diabétique et fumeur, pour lequel un tel événement (c'est la **constipation « opiniâtre »**) paraîtrait tout de suite suspect.

- la **constipation fonctionnelle** :

C'est, et de très loin, la plus fréquente. Il s'agit d'un ralentissement du phénomène de digestion et de défécation. Il est lié à la qualité de l'alimentation, à l'hydratation, au mode de vie du patient (et notamment à la pratique d'exercice physique ou non), un stress, à la fatigue, à l'âge, etc...

La prise en charge peut en être médicamenteuse, de préférence transitoirement, mais elle est avant tout globale : c'est dans ce cadre que les patients ont le plus de bénéfices à modifier les **règles hygiéno-diététiques** qui cadrent leur mode de vie (cf + bas)

- la **constipation organique** :

C'est celle qui doit faire consulter. C'est la « constipation-symptôme » qui peut révéler une maladie sous jacente. Les causes sont multiples, notamment endocriniennes (anomalies de la thyroïde, diabète, ...), ioniques (hypokaliémie, trouble du métabolisme phospho-calcique,...) ou bien sûr directement digestive.

Le diagnostic le plus à craindre est celui de **cancer du colon**. Dans ce cadre, il y a un polype du colon qui a pu dégénérer et se transformer en une tumeur maligne, dont la taille peut entraîner une quasi occlusion de la lumière du tube digestif, expliquant une constipation. Il est rare que ce symptôme soit isolé (cf chapitre cancer du colon), mais ce cas de figure existe.

Vous l'aurez compris, ces causes sont rares, mais sont celles qui doivent amener à consulter. C'est au médecin de juger de la pertinence d'explorations simples pour exclure ces maladies potentiellement pourvoyeuses de constipation, avant d'étiqueter cette dernière comme fonctionnelle, donc bénigne.

- la **constipation iatrogène** :

Elle est alors la conséquence directe d'une prise médicamenteuse. En effet, les substances pharmacologiques qui ralentissent le transit sont très nombreuses, notamment celles qu'on trouve dans des médicaments comme les psychotropes donnés contre la nervosité, l'angoisse ou encore la dépression ; il y a aussi les anti allergiques de la famille des anti histaminiques, les antiparkinsoniens ...et beaucoup d'autres encore.

Là aussi, la consultation chez le médecin peut permettre de facilement identifier un médicament responsable, ou mêle favorisant, des symptômes et permettre une adaptation thérapeutique parfois nécessaire.

2) Complications de la constipation

Les complications sont **rare**s et on peut plutôt parler du **retentissement sur la vie sociale** lié aux symptômes qui découlent d'une constipation, notamment si celle-ci est chronique : ballonnements, douleur abdominales et parfois nausées peuvent être parfaitement invalidants et nécessitent une prise en charge spécifique.

Néanmoins, on peut là aussi distinguer 2 types de complications : les complications coliques et proctologiques.

– Les **complications coliques** sont principalement liées à l'hyperpression pariétale (ce qui signifie sur la paroi) du côlon et apparaissent la plupart du temps avec l'âge et donc avec le relâchement des tissus de soutien élastiques du colon, ce sont les **diverticules**. Ils n'ont aucun caractère pathologique et ne dégénèrent jamais (c'est à dire qu'ils ne deviennent jamais un cancer du côlon) mais peuvent malheureusement s'infecter : c'est la **sigmoïdite diverticulaire**, qui nécessite des antibiotiques, parfois même une opération (cf chapitre correspondant, la sigmoïdite diverticulaire, c'est quoi ?).

– Les **complications proctologiques** sont bien plus fréquentes : ce sont les **hémorroïdes** et la **fissure anale**, qui sont étroitement liés à la constipation.

3) Explorations : endoscopie, radiologie et prise de sang

Elles sont à l'appréciation du tableau clinique (c'est à dire des symptômes décrits et de l'importance de leur retentissement sur l'existence du patient), du contexte clinique (âge, sexe, antécédents personnels, antécédents familiaux, contexte,...),... bref, elles nécessitent une **consultation médicale** et la pertinence des explorations est à évaluer à ce moment là. Bien entendu, le médecin ne fait que proposer des examens et en expliquer la pertinence, et ce qu'il en attend. C'est toujours au patient que reviendra la décision de les accepter ou non.

Ainsi, il peut s'avérer licite de proposer :

– une prise de sang : à la recherche d'une inflammation, de troubles ioniques, d'une anémie, d'un excès de globules blancs (infection, inflammation,...), d'une pathologie thyroïdienne, d'un diabète, etc...

– une exploration radiologique : l'examen de « débrouillage » le plus simple et le moins invasif reste **l'échographie abdominale**. Néanmoins, certains cas particuliers (comme

la suspicion clinique de **sigmoïdite diverticulaire** par exemple) peut nécessiter la réalisation d'un **scanner** ou encore d'une IRM.

– une exploration endoscopique : c'est la **coloscopie**. Elle se fait la plupart du temps sous anesthésie générale ; cet examen reste à l'heure actuelle le meilleur pour voir l'intérieur de l'intestin, c'est à dire la muqueuse qui le tapisse et donc dépister des anomalies, même de quelques millimètres. Elle permet par ailleurs la réalisation de biopsies : ce sont des prélèvements à la pince, guidés par la vue et envoyés au médecin anatomopathologiste qui analysera les échantillons au microscope.

– autres : on pourra également discuter au cas par cas des analyses fonctionnelles des selles, d'un temps de transit colique radiologique, etc...ça, c'est vraiment l'affaire de spécialistes et je ne rentrerais pas dans le détail ici.

C'est quand tous ces examens sont normaux qu'on pourra exclure l'organicité de la **constipation** et donc la qualifier de **fonctionnelle**.

4) **Attention au piège, le cas particulier de la « fausse diarrhée » du constipé**

Nombreux sont les patients qui consultent pour une diarrhée ...alors qu'il s'agit en fait d'une constipation (si, si !).

Je m'explique : lorsque la constipation est terminale (ce qui demeure le cas le plus fréquent, voir plus haut), il se forme en bout de course, au niveau rectal donc, un « bouchon » de selles souvent volumineuses et solides (d'où les potentielles complications traumatiques au niveau proctologique). Lorsqu'enfin ce bouchon « saute », l'amoncellement de selles liquides non encore formées (on dit aussi « non moulées ») s'évacue, sur un mode de diarrhée le plus souvent.

Cliniquement, cette situation se traduit donc par une typique **alternance de diarrhée et de constipation** (par exemple : 3 jours de constipation, puis 2 jours de diarrhée, puis 3 jours de constipation, etc...) et le patient vient consulter pour... une diarrhée.

Ainsi, si l'interrogatoire n'est pas correctement réalisé par le médecin, celui ci pourra, à tort, interpréter le tableau comme celui d'une diarrhée chronique et donner des médicaments ralentisseurs du transit...Ce qui aura bien entendu l'effet inverse de celui escompté et ne fera qu'aggraver les symptômes.

A noter que pour le médecin que je suis, il est parfois bien délicat d'expliquer à un patient convaincu d'avoir une diarrhée que le traitement le plus adapté pour lui est un médicament...laxatif ! Mais si les choses sont bien expliquées et surtout bien comprises, cela ne pose que rarement problème

5) **Une situation délicate (mais inévitable) : constipation et grossesse**

Le bébé cherche à faire sa place dans la cavité abdominale, et ce conflit « territorial » entre le fœtus et les organes du ventre devient criant vers la fin du deuxième trimestre de grossesse. Il est donc habituel que les femmes enceintes soient constipées durant cette période, et ce d'autant plus lorsqu'elles étaient sujettes à de tels soucis auparavant.

Cela nécessite là aussi une prise en charge, car les conséquences notamment proctologiques peuvent être invalidantes : des hémorroïdes importantes présentes au moment de la poussée peuvent s'avérer devenir volumineuses, douloureuses, hémorragiques et durables. A ne pas négliger donc, même si l'inquiétude n'a pas sa place ici.

L'avis médical est ici indispensable, puisque **l'automédication est proscrite chez la femme enceinte**. Il y a tellement de médicaments toxiques pour le bébé...attention !

6) Traitement de la constipation

Le traitement repose principalement sur les **règles hygiéno-diététiques** (ce qui fera l'objet d'un chapitre à part). Lorsqu'elles sont correctement suivies par les personnes sujettes à la constipation (état de fait pour lequel aucun médecin ne disposera jamais de médicament « miracle »), dans plus de 80 % des cas on arrive à se passer de médicaments. Néanmoins, ceux ci peuvent s'avérer nécessaires, de préférence de manière transitoire.

Commençons tout de suite par ceux à éviter : **il faut proscrire de la pharmacopée courante les laxatifs irritants** (par ex : le bisacodyl) ; ceux ci peuvent rendre bien des services ponctuellement, mais ils peuvent aussi rendre le patient dépendant, le tube digestif « s'habitue » à leur présence et des doses de plus en plus fortes deviennent nécessaires pour être efficaces. Ainsi, à moyen terme, on ne fait qu'aggraver le problème avec ce type de traitements.

On préférera prescrire des laxatifs « doux », qui sont de plusieurs familles (laxatifs osmotiques, laxatifs de lest, ...) ; ces médicaments sont plutôt inoffensifs dans le sens où ils restent dans la lumière du tube digestif (et donc ne passent pas dans le sang) et n'influent que sur la consistance des selles. En fonction des doses prescrites, ceux ci peuvent être prescrits à la dose minimale nécessaire, c'est à dire celle de « régulation » du transit, préventive de la constipation, et non pas à dose « évacuatrice » comme on s'attend bien trop souvent avec ce type de médicaments.

La prescription de tels médicaments repose sur les symptômes décrits, et varie d'un patient à l'autre...je ne détaillerais donc pas ici les différents schémas thérapeutiques, ce serait un non sens puisque **chaque lecteur de ce site est un cas unique**.

Notons également que l'adjonction de **probiotiques** en cure, permet souvent de par la ré équilibration de la **flore intestinale** (ou microbiote) une amélioration démultipliée en plus du respect des règles diététiques et du traitement.

Enfin, la description d'un tableau de constipation typiquement terminale peut être sensiblement améliorée par la prescription de traitements à administration...terminale, comme les suppositoires dits « starters » de l'exonération ou encore les **lavements évacuateurs** (là aussi, il convient d'éviter au maximum les micro lavements irritants).

7) Conclusion

La constipation est un symptôme extrêmement fréquent et le plus souvent bénin, voire banal ;

Ceci étant dit, elle peut parfois être la cause de désagréments majeurs pour les patients et nécessite de la part du médecin une écoute attentive et une prise en charge sérieuse et adaptée au même titre que n'importe quelle pathologie.

Souvent une adaptation hygiéno-diététique est suffisante, mais certains traitements, s'ils sont envisagés de manière complémentaire et transitoire peuvent tout à fait trouver leur place dans la stratégie thérapeutique.

Enfin, la constipation peut parfois être révélatrice de troubles sous jacents, digestifs ou généraux. Cette seule raison peut nécessiter un avis médical spécialisé, afin de s'assurer que les caractéristiques cliniques de votre constipation n'évoquent en rien au médecin une maladie plus sérieuse. Mais pas de stress inutile, les gastro-entérologues connaissent très bien cette situation.