



Réalités et mythes à propos de la constipation – State of the Art

Lukas Degen^a, Jean-Pierre Dederding^b, Peter Bauerfeind^c, Christoph Beglinger^a

^a Département für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsspital Basel, ^b Gastroenterologische Praxis, Genf,

^c Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsspital Zürich

Quintessence

- Définition: trop rare émission de selles, celles-ci étant de consistance dure; la fréquence normale se situe entre trois fois par jour et une fois tous les trois jours.
- La constipation est fréquente et affecte la qualité de vie des personnes touchées.
- La constipation est un syndrome et non une maladie au vrai sens du terme.
- Du point de vue clinique, on distingue la constipation aiguë de la constipation chronique: la constipation aiguë nécessite la prise de mesures complémentaires dans les plus brefs délais.
- La constipation est due à des troubles mécaniques et/ou fonctionnels.
- Obstruction mécanique: tumeurs, sténoses, hernies, corps étrangers.
- Troubles fonctionnels d'origine algique, endocrinienne, médicamenteuse, ou centrale; troubles réflexes ou associés à une grossesse.
- Le but principal du traitement est d'obtenir un soulagement subjectif chez le patient.
- Les laxatifs sont indiqués dans la constipation.

Summary

Facts and myths about constipation – state of the art

- *Definition: too infrequent passage of hard stool: normal stool frequency is between 3 times daily to once every three days.*
- *The constipation symptom is common: it puts strain on the sufferer and has a negative effect on quality of life.*
- *Constipation is a syndrome and not an actual disease.*
- *Clinically a distinction is drawn between acute and chronic constipation: acute constipation requires further measures as rapidly as possible.*
- *Constipation is caused by mechanical and functional disturbances.*
- *Mechanical: tumours, stenoses, hernias, foreign bodies.*
- *Functional: pain; endocrinological; drug-induced; central nervous; pregnancy; reflex.*
- *The prime goal of therapy is the patient's subjective freedom from symptoms.*
- *Use of laxatives is indicated in constipated patients.*

Introduction

La constipation est un symptôme fréquent. Elle est en général très gênante et affecte considérablement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. On parle de constipation lorsque les selles

sont trop dures, trop rares et/ou de volume trop faible (cf. ci-dessous la définition exacte). La constipation se réfère donc à la fréquence et à la consistance des selles.

La fréquence journalière des selles est très variable dans la population normale [1, 2]: on considère que la normalité en termes d'émissions de selles va de trois fois par jour à trois fois par semaine. Selon une enquête récente réalisée à l'échelle mondiale, 12% de la population souffriraient de constipation [3]. En Suisse, les chiffres se situent entre 7 et 16% [4]. Certaines études épidémiologiques ont montré que la prévalence pourrait être en réalité bien plus élevée et atteindre 27% [1, 5, 6]. La constipation est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes [2], de même que chez les personnes âgées par rapport aux adultes jeunes [7].

L'une des raisons expliquant les grandes différences de fréquences rapportées dans les publications réside dans le hiatus existant entre le sentiment subjectif de constipation et le diagnostic de la constipation habituelle selon des critères médicaux bien définis (par exemple les critères de Rome, cf. ci-dessous). La constipation est associée à des coûts importants, aussi bien directs (consultations chez le médecin ou à l'hôpital, médicaments) qu'indirects (arrêts de travail, diminution de la capacité de travail) [8-10]. Certains médecins et/ou certains patients ont parfois aussi une conception quelque peu dépassée de ce problème. Tous ces facteurs ont pour conséquence que, souvent, les sujets souffrant de constipation ne reçoivent pas le traitement adéquat.

Le présent article résume les mesures diagnostiques et thérapeutiques pouvant être utiles dans la prise en charge des patients souffrant de constipation. Un accent particulier a été mis sur l'état actuel des connaissances (State of the Art), tout en rappelant quelques vieilles croyances dont il convient de se défaire une fois pour toutes.

Définition et cause

La constipation est un syndrome et non une maladie au vrai sens du terme. Elle est normalement définie par des selles trop peu fréquentes (moins de trois défécations par semaine), trop dures et/ou de volume trop faible (<200 g par jour).

Une définition basée exclusivement sur la fréquence d'émission des selles n'est pas suffisante pour les

patients. Ces derniers associent le terme de constipation non seulement à des selles trop rares, mais aussi à des quantités qu'ils jugent insuffisantes, à une dureté excessive et, last but not least, à des problèmes liés à l'émission des selles. Les personnes touchées se plaignent donc souvent de défécations difficiles et douloureuses avec émission de selles dures, morcelées, et d'une impression de vidange rectale incomplète. Les sujets constipés ressentent en outre souvent des troubles non spécifiques, tels que des sensations de réplétion ou des ballonnements. Lors de l'élaboration des critères de Rome III, auxquels on se réfère très souvent à l'heure actuelle, il a été tenu compte, lors de la définition de la constipation, du caractère subjectif de la clinique (tab. 1 [11]). Fondamentalement, on distingue la constipation aiguë de la constipation chronique.

La *constipation aiguë* apparaît en quelques heures. Chez les patients jeunes, ce sont surtout des troubles fonctionnels du côlon, secondaires à des changements dans les habitudes quotidiennes, qui conduisent à ce tableau clinique aigu. Parmi les facteurs déclenchants, il peut s'agir d'un voyage, d'un déroulement inhabituel d'une journée, de la non disponibilité de toilettes au «bon moment», ou encore de certaines maladies aiguës fébriles ou nécessitant un alitement. Chez les patients âgés, il faut penser en tout premier lieu à un processus obstructif (cancer du côlon ou diverticulite). Un accident cérébrovasculaire ou une hernie discale peuvent également être en cause. Ce sont cependant souvent des affections plus banales, telles que des pathologies anales (fissure) ou certains médicaments (opiacés, antiacides contenant du calcium, etc.), qui sont à l'origine de ce genre de trouble aigu du transit.

Les symptômes sont identiques à la base à ceux d'une constipation chronique. Il importe donc de reconnaître rapidement les signes qui caractérisent une véritable urgence (persistance de douleurs violentes, météorisme, état fébrile ou état de choc) et qui exigent de procéder à des investigations complémentaires immédiates.

Dans la *constipation chronique*, on distingue entre constipation idiopathique (habituelle) et secondaire. La classification de la *constipation idiopathique* se présente sous la forme de deux entités physiopathologiques distinctes, la constipation par transit ralenti («*slow-transit*») et celle due à une *dysfonction du plancher pelvien*. La première est l'expression d'un trouble primaire de la motilité du côlon qui se manifeste par une diminution de la fréquence des contractions propulsives du côlon, qui sont normalement au nombre de six par jour. L'étiologie de cette forme de constipation n'est pas connue.

La *dysfonction du plancher pelvien*, ou trouble de la défécation, qui s'accompagne habituellement d'une durée de transit normale, est caractérisée par une anomalie du processus de la vidange anorectale. Toutefois, la grande majorité des sujets constipés présente à la fois un transit normal du côlon et une défécation sans particularités. Cette

forme dite à «*transit normal*» ou *idiopathique* est le type de constipation le plus courant. La constipation repose ici essentiellement sur l'interprétation subjective d'une gêne ressentie à propos de l'évacuation ou de la consistance des selles. De nombreux patients se plaignent en plus de complications rectales (sous la forme par exemple de rectorragies), d'une diminution de la sensibilité rectale, ou des deux [13]. Des symptômes aspécifiques, tels que douleurs abdominales ou malaises peuvent cependant également survenir. Des signes évoquant des troubles psychosociaux ne sont pas rares chez les patients atteints de constipation idiopathique sévère [12].

La *constipation secondaire* est la manifestation d'accompagnement d'un trouble extra-intestinal, par exemple neurologique, endocrinien ou psychique. Et on n'oubliera pas les effets indésirables associés à de nombreux médicaments ou interventions chirurgicales (tab. 2). Enfin, les femmes enceintes souffrent elles aussi plus facilement d'une constipation opiniâtre.

Tableau 1. Critères de Rome III pour la définition de la constipation (selon [11]).

Au moins deux des symptômes suivants, lors d'au moins une défécation sur quatre, pendant trois des six derniers mois, de façon constante ou intermittente:

forte presse abdominale
selles dures ou en morceaux
sensation de vidange incomplète
sentiment de blocage anal
manœuvre manuelle pour la vidange des selles
deux défécations par semaine ou moins

Tableau 2. Causes organiques et médicaments susceptibles d'entraîner une constipation secondaire (liste non exhaustive).

Causes organiques
Cancer colorectal
Diabète sucré
Maladies neurologiques (par ex. maladie de Parkinson, sclérose en plaques)
Hypothyroïdie
Troubles psychiques (dépression, anorexie mentale)
Démence
Grossesse
Interventions chirurgicales
Altérations du plancher pelvien
Médicaments
Opiacés
Antidépresseurs tri- et tétracycliques
Antihypertenseurs (antagonistes du calcium, diurétiques)
Fer
Antiépileptiques
Médicaments antiparkinsoniens
Neuroleptiques

Facteurs de risque

Les femmes se plaignent environ trois fois plus souvent de constipation que les hommes. Environ 15% des femmes et 5% des hommes sont concernés. Indépendamment du sexe, l'incidence de la constipation augmente aussi avec l'âge. Chez l'homme, la fréquence augmente dès l'âge de 60 ans, alors que chez la femme, elle augmente plus ou moins régulièrement au cours de toutes les décades.

La prévalence est environ trois fois plus élevée dans la population défavorisée sur le plan socioéconomique, à revenus modestes et de faible niveau de formation. Des habitudes alimentaires différentes pourraient ici jouer un rôle. Les sujets obèses ne souffrent pas plus souvent de constipation que les personnes de poids normal.

Diagnostic

Une anamnèse complète constitue la base du diagnostic (fig. 1). Il est extrêmement important de consacrer suffisamment de temps à l'entretien qui doit inclure un interrogatoire ciblé, d'importance majeure, à la recherche de tout traitement médicamenteux éventuellement impliqué. Des encouragements ainsi que des questions précises et ouvertes, parfois étayées, peuvent contribuer à atténuer la gêne du patient. Des questions telles que «De nombreuses personnes doivent s'aider des mains pour parvenir à évacuer les selles, devez-vous aussi le faire?» facilitent l'abord d'un thème chargé de préjugés négatifs. Le recours à des ques-

tionnaires que le patient remplira à domicile peut aussi contribuer à ouvrir la discussion. Un journal des selles est certainement utile durant un certain temps. Parfois, la documentation détaillée des habitudes alimentaires et du mode de vie peut également être utile. La durée de la constipation est particulièrement importante pour préciser le diagnostic (problème aigu ou chronique). Dans toute constipation d'apparition soudaine ou récente, il faut penser en priorité à un processus obstructif. Le toucher rectal, voire une rectoscopie, prend ici toute son importance.

Dans la constipation chronique, la détermination de certains paramètres de laboratoire, notamment la vitesse de sédimentation ou la CRP, la formule sanguine, la glycémie ou la TSH est utile pour l'exclusion ou la recherche d'une affection secondaire, voire d'origine organique.

Ces symptômes d'appel («red flags»), qu'il s'agit de rechercher lors du bilan initial, peuvent suggérer une pathogenèse organique, au pire des cas une étiologie néoplasique. Les symptômes les plus importants devant attirer l'attention sont une perte de poids involontaire, l'existence de modifications récentes du transit intestinal chez les patients de plus de 50 ans, une anamnèse familiale positive pour le cancer du côlon, des rectorragies, un état fébrile, une palpation anormale au toucher rectal, ainsi que des résultats pathologiques dans les analyses de laboratoire. Les patients âgés de plus de 50 ans devraient par principe être soumis une fois ou l'autre à une colonoscopie.

Si le bilan initial laisse suspecter une constipation primaire, on peut sans autres prescrire un traitement d'épreuve. Si ces tests thérapeutiques simples ne donnent pas de résultat satisfaisant, ou s'il y a une suspicion d'une dysfonction anorectale, des examens fonctionnels complémentaires sont indiqués. La détermination de la vitesse du transit intestinal à l'aide de marqueurs radioactifs peut aider à différencier une constipation à «transit normal» d'une constipation à «transit ralenti».

En cas de suspicion de troubles de la défécation, le «test d'expulsion d'un ballonnet» représente un moyen diagnostique simple à réaliser en pratique. Pour préciser le diagnostic, il faudra cependant procéder à une défécographie et éventuellement aussi à une manométrie anorectale, ce qui imposera bien évidemment alors le recours au spécialiste.

Traitement

L'objectif prioritaire du traitement est symptomatique, afin de soulager subjectivement le patient. Il convient dans ce contexte de se défaire d'emblée de quelques préjugés au sujet de cette affection (tab. 3). Les patients souffrant d'une constipation chronique consomment autant de boissons et sont aussi actifs physiquement que les sujets en bonne santé. Cela n'empêche qu'il convient d'attirer leur attention, lors du conseil thérapeutique initial, sur l'importance d'un apport suffisant en

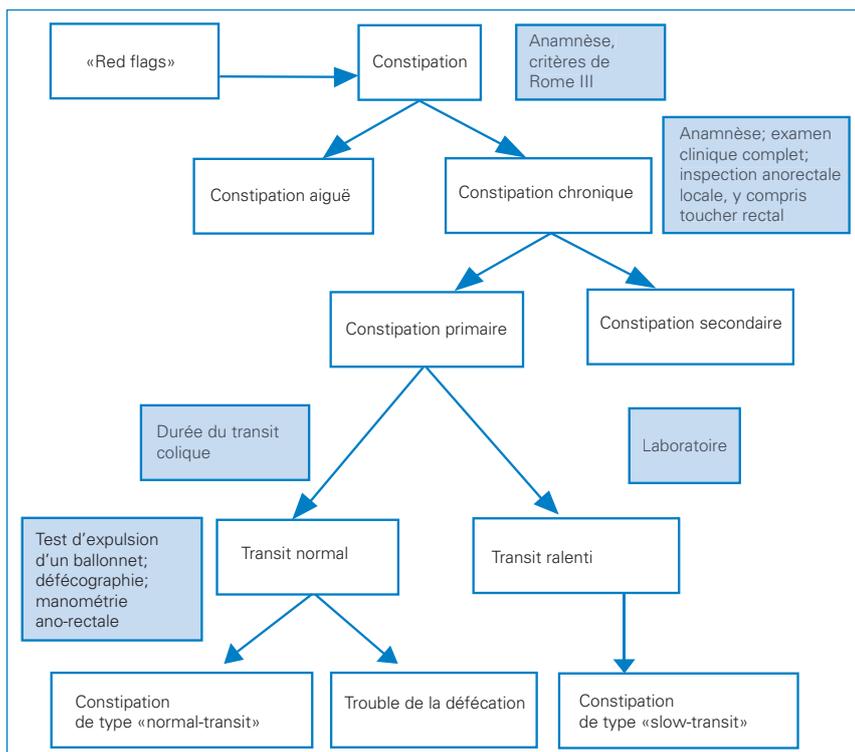


Figure 1
Diagnostic de la constipation.

Tableau 3. Préjugés à propos des causes et du traitement de la constipation (selon [14]).

Préjugé	Vrai ou faux?
La constipation est la conséquence d'une alimentation pauvre en fibres.	Faux: l'alimentation pauvre en fibres n'est pas la seule cause de la constipation, mais elle peut parfois, chez certains patients, y contribuer.
La constipation peut être traitée par une alimentation riche en fibres.	Faux: certains patients peuvent profiter d'une diète riche en fibres, mais cette dernière peut renforcer les symptômes chez de nombreux patients avec constipation sévère.
Des aliments non digérés qui séjournent trop longtemps dans l'intestin génèrent des produits toxiques provoquant des maladies.	Faux: il n'existe aucune évidence en faveur de la théorie selon laquelle le contenu intestinal séjournant trop longtemps dans la lumière intestinale provoquerait la fabrication de toxines pathogènes.
La constipation est la conséquence d'apports hydriques insuffisants et peut être éliminée par une augmentation du volume de boissons.	Faux: il n'existe aucun argument solide pour l'influence cliniquement significative des apports hydriques sur la consistance des selles. Aucune évidence ne démontre d'autre part que la constipation peut être traitée efficacement par une augmentation des apports hydriques.
Un mode de vie pauvre en mouvement entraîne une constipation qui peut être influencée positivement par l'activité physique.	Vrai et faux: la motilité intestinale semble influençable par l'activité physique, de nombreux autres facteurs semblant cependant tout aussi importants. Chez les patients constipés jeunes, l'augmentation de l'activité physique n'a probablement pas d'effet. Chez les patients plus âgés, elle pourrait toutefois avoir des effets positifs, mais uniquement en tant que partie d'un traitement plus vaste.
Les laxatifs lèsent le système nerveux entérique de la paroi intestinale.	Faux: les études montrent que les laxatifs bien dosés n'ont pas d'effets délétères au niveau intestinal.
Les laxatifs augmentent le risque de cancer colorectal.	Faux: il n'y a pas de données établissant le rôle de facteur de risque indépendant des laxatifs pour le cancer colorectal.
La prise prolongée de laxatifs induit un effet d'accoutumance et une tolérance.	Faux: on ne dispose d'aucun résultat d'étude démontrant le développement d'une accoutumance ou d'une tolérance sous laxatifs.
Les laxatifs provoquent une dépendance, en particulier physique.	Faux: certains patients ont besoin de laxatifs pour maintenir une activité intestinale suffisante. Il ne s'agit néanmoins pas de la conséquence d'un abus de laxatifs antérieur. Aucune étude scientifique indiquant que les laxatifs peuvent donner lieu à une dépendance physique. Les laxatifs n'ont pas de potentiel de dépendance, mais on peut parfois observer un abus, notamment chez les patients psychiatriques.

Tableau 4. Schéma thérapeutique par étapes.

1	Modification des habitudes de vie: plus de mouvement, augmentation des apports hydriques, alimentation riche en fibres
2	Agents gonflants: substances naturelles (par ex. son de blé, graines de lin), suppléments de fibres de synthèse (par ex. méthylcellulose)
3	Laxatifs: osmotiques et disaccharides synthétiques (par ex. lactulose, lactilol), polymères d'alcool (par ex. polyéthylène glycol) et stimulants comme les anthra-noïdes (par ex. séné) ou laxatifs diphénoliques (par ex. bisacodyl)
4	Interventions chirurgicales: colectomie subtotale
	Biofeed-back: renforcement acoustique et visuel de certains processus physiologiques

liquides et d'une augmentation de l'activité physique (tab. 4 .

Il n'y a pas d'évidence claire dans la littérature en faveur du rôle de la seule insuffisance des apports en fibres alimentaires [14]. Il n'en reste pas moins que la recommandation d'un régime alimentaire riche en fibres est primordiale. Toutefois, une alimentation de ce type ne suffit souvent pas à elle seule, et il convient donc de prescrire en plus un *agent gonflant*. On peut utiliser des substances naturelles, telles que le son de blé ou les graines de lin, ou des compléments de fibres synthétiques (par ex. méthylcellulose). La dose journalière re-

commandée est de l'ordre de 20–35 g. Cela peut parfois être au prix d'effets indésirables transitoires sous la forme d'un météorisme.

L'efficacité d'un apport supplémentaire de fibres alimentaires n'est pas constante. La constipation à transit normal en bénéficie le plus. Par contre, les patients au transit ralenti y répondent mal. Si l'effet thérapeutique de l'agent gonflant n'est pas suffisant, on peut recourir à différents types de laxatifs (tab. 5 ). L'utilisation de laxatifs est très répandue et constitue le traitement médicamenteux le plus courant dans la constipation. Un patient constipé sur trois prend des laxatifs [3].

Si l'utilisation de laxatifs est indiquée chez les constipés, et que leur efficacité est largement démontrée, les préjugés et les peurs à leur propos restent nombreux, tant du côté des médecins que des patients. On croit en effet encore trop souvent que la prise chronique de laxatifs stimulants est néfaste, ou qu'elle peut induire une dépendance, suite entre autres à une atteinte du système nerveux entérique. Les craintes de lésions du système nerveux entérique suite à un traitement de longue durée par des laxatifs de type anthranolide et de dérivés diphénoliques, tels que le bisacodyl ou le picosulfate de sodium, n'ont toutefois pas été corroborées par la littérature [14].

Les jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie utilisent parfois des laxatifs stimulants dans le but de mieux «contrôler» leur poids.

Comme l'action stimulante de ces médicaments sur le péristaltisme résulte aussi d'une augmentation dose-dépendante de la sécrétion hydroélectrolytique dans la lumière du côlon, un tel abus peut conduire à des troubles de l'équilibre électrolytique. Toutefois, chez les autres patients ayant une constipation chronique et qui parviennent à obtenir une activité intestinale normale grâce à ces produits stimulants, cela n'est jamais le cas [14]. Différents laxatifs sont disponibles pour traiter la constipation: les *laxatifs osmotiques* sont des substances à action osmotique qui ramollissent les selles par augmentation du volume liquidien dans la lumière du côlon avec stimulation passive consécutive du péristaltisme. Leur délai d'entrée en

action est de l'ordre de 10–12 h (2–10 h avec les disaccharides). Les disaccharides de synthèse, tels que le lactulose ou le lactilol, sont fermentés dans le côlon et donnent ainsi naissance à des substances à action osmotique. En cas de traitement prolongé, une perte d'efficacité par adaptation de la flore colique au produit ne peut être exclue. Suivant la situation, on peut essayer de passer à un autre disaccharide. Ce qui gêne beaucoup plus les patients, ce sont les ballonnements provoqués par les produits de fermentation du côlon. Les polymères d'alcools osmotiquement actifs, comme le polyéthylène glycol, qui ne fermentent pas, permettent d'éviter cet effet indésirable. Les *stimulants* renforcent la motilité propulsive par stimula-

Tableau 5. Médicaments fréquemment utilisés dans le traitement de la constipation (Source: Compendium suisse des médicaments).

Groupe des laxatifs	Exemples de principes actifs	Exemples de médicaments (DC)	Indication	Mécanisme d'action	Posologie	
Agents gonflants (péristaltisme par remplissage)	Plantin psyllium Graines de lin Son de blé	Métamucil® (Plantin psyllium hindou)	Régulation du transit dans la constipation convenant au traitement de longue durée	Effet des fibres: stimulation du péristaltisme intestinal par effet de gonflement	Métamucil®: 1-3 fois par jour avec les repas, prise avec beaucoup de liquide (danger d'iléus)	
Stimulants						
a) Anthranoïdes	Sennoside	Darmol® (sennoside)	Utilisation de courte durée dans la constipation occasionnelle ou aiguë	Stimulation du côlon: sécrétion active d'électrolytes dans la lumière intestinale et inhibition de la résorption des électrolytes	Darmol®: 1 capsule avant le coucher, effets après 8 h	
b) Laxatifs diphénoliques	Bisacodyl Picosulfate de sodium	Dulcolax® (bisacodyl ou picosulfate de sodium) Laxoberon® (pico-sulfate de sodium)	Utilisation de courte durée dans la constipation, aussi pour une utilisation plus prolongée sous supervision médicale (par ex. sous traitement d'opiacés)	Stimulation directe du côlon. Sécrétion active d'eau et d'électrolytes dans la lumière intestinale et inhibition de la résorption d'eau et d'électrolytes	Dulcolax®: 5-10 mg le soir, effets après 6-12 h, suppositoires après 30-60 minutes Laxoberon®: 5-10 mg le soir, effets après 6-12 h	
Osmotiques	Lactilol Lactulose Polyéthylène glucose	Importal® (Lactilol) Duphalac® (Lactulose) Transipeg® (Macrogol)	Traitement symptomatique dans la constipation	Rétention hydrique intestinale par effet osmotique, donc stimulation du péristaltisme intestinal	Importal®: dosage individuel, en principe 30 ml pour commencer avec le petit-déjeuner ou le souper, puis réduction au bout de quelques jours à 15 ml	
Groupe des laxatifs	Exemples de principes actifs	Exemples de médicaments (DC)	Effet indésirable le plus fréquent	CI	Prix (ex.)	Remboursement
Agents gonflants (péristaltisme par remplissage)	Plantin psyllium Graines de lin Son de blé	Métamucil® (Plantin psyllium hindou)	Occasionnellement ballonnements et sensations de réplétion, surtout en début de traitement	Occlusion intestinale, constipation aiguë, dureté excessive des selles	18.30 francs (336 g)	LS (Limitation)
Stimulants						
a) Anthranoïdes	Sennoside	Darmol® (sennoside)	Coliques, diarrhées, nausées, discoloration des urines, irritations de la muqueuse intestinale	Douleurs abdominales d'origine indéterminée, constipation spastique, occlusion intestinale, troubles de l'équilibre électrolytique	11.50 francs (14 capsules)	LPPA
b) Laxatifs diphénoliques	Bisacodyl Picosulfate de sodium	Dulcolax® (bisacodyl ou picosulfate de sodium) Laxoberon® (pico-sulfate de sodium)	Crampes abdominales, douleurs, diarrhées	Iléus, occlusion intestinale, appendicite aiguë, entérite aiguë, déshydratation sévère, hypokaliémie	Dulcolax®: 10.50 francs (30 dragées) Laxoberon®: 17.10 francs (30 ml)	Dulcolax®: LPPA Laxoberon®: LS (Limitation)
Osmotiques	Lactilol Lactulose Polyéthylène glucose	Importal® (Lactilol) Duphalac® (Lactulose) Transipeg® (Macrogol)	Ballonnements et crampes, surtout en début de traitement	Occlusion intestinale, troubles fonctionnels digestifs, douleurs abdominales d'origine indéterminée	Importal®: 7.40 francs (200 ml)	LS (Limitation)

tion directe du plexus myentérique. Comme évoqué précédemment, ces substances inhibent également la résorption liquidienne et sodique de la lumière intestinale et favorisent dans le même temps le passage de l'eau et des électrolytes dans la lumière intestinale. L'induction de la défécation qui en résulte est rapide et survient en l'espace de 8-10 h dans le cas du séné et de 6-12 h avec les laxatifs diphénoliques comme le bisacodyl (dans les 30-60 minutes avec les suppositoires). Un effet indésirable bénin réversible peut être observé avec les anthranoides sous la forme d'une pseudomélanose du côlon (pseudomelanosis coli).

Parmi les traitements non médicamenteux, on évoquera surtout le biofeed-back et les interventions chirurgicales. Le biofeed-back est une forme de thérapie du comportement. Il consiste à faire prendre conscience par des moyens techniques acoustiques et visuels de processus internes de l'organisme qui ne sont pas consciemment perçus par le patient. Ce mécanisme de couplage rétroactif permet d'aider les patients à améliorer le contrôle de certaines fonctions endogènes par effet de réentraînement. Le traitement de la dysfonction du plancher pelvien est toujours basé sur un travail de biofeed-back. La littérature publiée sur cette méthode laisse entendre des taux de succès de près de 70%. Les interventions chirurgicales n'ont aucun intérêt dans ces cas.

Après l'épuisement de toutes les alternatives thérapeutiques conservatrices, la colectomie subtotale peut être indiquée en cas de constipation sévère fortement symptomatique et de retard isolé du transit colique. Après exclusion de troubles de la motilité des intestins et d'une dysfonction du plancher pelvien, les résultats fonctionnels sont excellents. Durant l'entretien d'information sur cette possibilité de traitement, les patients doivent être rendus attentifs au fait que cette approche permet certes de corriger avec succès les habitudes de défécation,

mais que les ballonnements et les douleurs abdominales ont souvent un caractère persistant.

Conclusion

La qualité de vie des patients constipés est parfois fortement compromise par leurs symptômes. Des entretiens approfondis, complétés éventuellement par des questionnaires appropriés, aident à aborder franchement le problème. Un travail d'information et de conseil adéquat, sans être trop exhaustif, est primordial. Le simple fait de savoir qu'une constipation chronique est le plus souvent la conséquence d'un style de vie et d'habitudes alimentaires inappropriés permet d'atténuer les sentiments de culpabilité. Lors de la discussion à propos d'un traitement régulateur du transit qui soit efficace, il convient vraiment d'insister sur l'importance des bénéfices par rapport aux petits inconvénients auxquels il faut s'attendre. Les modifications comportementales n'ayant souvent qu'une efficacité limitée, on aura essentiellement et systématiquement recours aux différents types de régulateurs du transit intestinal. Dans le cadre de l'approche pharmacologique, il s'agira le plus souvent de laxatifs qui diffèrent de par leur mécanisme d'action, leur délai d'entrée en action et leur profil d'effets indésirables. Les préjugés relatifs à l'utilisation des laxatifs peuvent être facilement balayés dans le cadre de l'entretien personnel, et il est important de calmer les craintes des patients au sujet des soi-disant conséquences néfastes pour la santé d'une prise chronique de laxatifs. Si ce traitement est inefficace, on prendra conseil auprès d'un spécialiste. A l'issue d'un certain nombre d'investigations complémentaires spécifiques, un travail de biofeed-back ou même une intervention chirurgicale peut, dans certains cas, être la solution de choix.

Références

- 1 Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:130-7.
- 2 Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FE, Hughes AO. Defecation frequency and timing, and stool from in the general population: a prospective study. *Gut.* 1992;33:818-24.
- 3 Wald A, et al. An international survey of community prevalence of constipation and laxative use in adults. *Digestive Disorder Week.* 20-25 May 2006. Abstract T1255.
- 4 Institut Demoscope Umfrage 2002.
- 5 Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stemhagen A, Chee E, et al. Epidemiology of constipation study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:3530-40.
- 6 Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci.* 1989;34:606-11.
- 7 Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR. Clinical epidemiology of chronic constipation. *J Clin Gastroenterol.* 1989;11:525-36.
- 8 Martin BC, Barghout V. National estimates of office and emergency room constipation-related visits in de United States. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:244, Abstract 754.
- 9 Singh G, et al. Adults with chronic constipation have significant health care resource utilization and costs of care. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:227, Abstract 701.
- 10 Herz MJ, Kahan E, Zalevski S, Aframian R, Kuznitz D, Reichman S. Constipation: a different entity for patients and doctors. *Fam Pract.* 1996;13:156-9.
- 11 Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130(5):1480-91.
- 12 Ashraf W, Park F, Lof J, Quigley EM. An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol.* 1996;91:26-32.
- 13 Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:609-15.
- 14 Müller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and Misconceptions about Chronic Constipation. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:232-42.

Correspondance:
Prof. C. Beglinger
Departement für
Gastroenterologie
und Hepatologie
Universitätsspital
CH-4031 Bâle
beglinger@tmr.ch