

CONSTIPATION

INTERROGATOIRE

- **Interrogatoire général :**
 - Antécédents personnels : cancer, maladies inflammatoires de l'intestin, diverticulose, dysthyroïdie, diabète
 - Antécédents familiaux : **cancer colorectal**, maladies inflammatoires de l'intestin
 - Antécédents chirurgicaux digestifs
 - Médicaments : fer oral, morphiniques
 - Mode de vie : **tabac-alcool-drogues, poids, intolérance alimentaire** (blé, produits laitiers ...)
 - Signes associés : recherche des **signes d'alarme +++** (rectorragie, méléna, altération de l'état général, syndrome rectal) pour poser l'indication d'une coloscopie
- **Diagnostiquer et caractériser une constipation :**
 - Diagnostique = **moins de 3 selles par semaine ou dyschésie** (efforts de poussée exagérés)
→ Chronicité : > 6 mois
 - Caractérisation du mécanisme : constipation **de transit** (réduction du nombre de selles, modification de la consistance : petites et dures) **ou distale = dyschésie** (difficultés d'exonération avec **poussée excessive, manœuvre endo-digitale** d'exonération, **sensation d'évacuation rectale incomplète**)
→ La dyschésie peut être fonctionnelle (dyssynergie) ou anatomique (prolapsus)
 - Évaluer **retentissement** sur qualité de vie +++
 - Rechercher les facteurs favorisants : régime pauvre en fibre, sédentarité
- **Chercher les éléments cliniques et de l'interrogatoire orienter vers une cause organique :**
 - CCR : recherche des **signes d'alarme +++** = âge > 50 ans, **rectorragie/méléna, modifications récentes du transit, altération de l'état général**, signes du **syndrome rectal** (faux besoins, ténésme et épreintes), douleur abdominale nocturne, anémie, syndrome inflammatoire biologique
→ Prescrire une **coloscopie** devant tout signe d'alarme +++
 - Sténose non tumorale : antécédent de **maladie inflammatoire chronique de l'intestin, de diverticulose**
 - Prolapsus : antécédents **gynéco-obstétrique**, signes fonctionnels urinaires, sensation de **pesanteur pelvienne**, manœuvre de digitation endo-vaginale (→ rectocèle) → **examen périnéal +++**
 - Médicaments/toxiques : fer orale, morphiniques
 - Maladies neurologiques : Parkinson (→ **tremblement de repos, anosmie**), sclérose en plaque, médullaire ...
 - Maladies endocriniennes : **hypothyroïdie** (→ prise de poids, frilosité), diabète
 - Maladies systémiques : sclérodermie
- **Identifier un syndrome de l'intestin irritable ou une colopathie fonctionnelle**
 - Présence d'une douleur abdominale +++ ≥ 1j/sem depuis ≥ **3 mois** avec ≥ 2 critères : **modifications de l'aspect des selles, modifications de la fréquence des selles** (→ SII-C ou SII-D), **et lien avec défécation**

- Caractériser la douleur : douleur de type spasme, localisé en fosse iliaque gauche et/ou hypogastre, absente la nuit, aggravé par le stress et/ou l'alimentation et diminuée en vacances. La douleur est en lien avec le transit et d'évolution chronique intermittente
- Autres signes associés : inconfort/ballonement abdominal, fatigue chronique, fibromyalgie, dyspepsie
- En cas de suspicion : bilan biologique : **NFS + CRP** + si diarrhée prédominante : TSH, IgA transglutaminase, électrophorèse des protéines sériques
- Indications coloscopie : masse abdominale, présence de signes d'alarme, symptomatologie diarrhéique (recherche d'une colite microscopique, maladie inflammatoire chronique de l'intestin), résistance au traitement médical
- Indications endoscopie eoso-gastro-duodénale : dyspepsie, anémie ferriprive

EXAMEN CLINIQUE

- Examen clinique général :
 - Recherche de **cicatrices abdominales**
 - **Palpation** abdominale : recherche d'une masse abdominale, palpation des orifices herniaires
 - **Percussion** abdominale : recherche d'un tympanisme
 - **Auscultation** abdominale : recherche de bruits hydro-aériques (météorisme)
 - ± palpation ganglionnaire (suspicion de cancer digestif)
- Réaliser un examen proctologique :
 - **Position genu pectorale** : à genou sur la table, les coudes sur la table
 - Examen marge anale : hémorroïdes, marisque, fissure, prolapsus rectal
 - Toucher rectal : gant + lubrifiant → recherche d'un fécalome, rectorragie, masse rectale, rectocèle, évaluation du tonus anale
 - Examen périnéal dynamique (avec efforts de poussée) : **recherche d'un prolapsus**
- Chercher des complications chroniques de la constipation :
 - **Distension abdominale** : recherche un **météorisme, un inconfort digestif**
 - **Hémorroïdes**
 - **Hernies inguinales**

STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

- Argumenter l'indication de la coloscopie, ne pas prescrire d'exploration en l'absence d'argument évocateurs d'une cause organique :
 - Indications de la coloscopie = signes d'alarme : **> 50 ans, rectorragie/méléna, modifications récentes du transit, altération de l'état général, signes du syndrome rectal** (faux besoins, ténésme et épreintes), douleur abdominale nocturne, anémie, syndrome inflammatoire biologique
 - **Coloscopie sous anesthésie générale** avec préparation en amont : régime sans résidus 3-5 jours avant + préparation colique la veille (+ examen à jeun depuis 6h)
 - Principe : injection de CO2 dans le colon pour obtenir une distension et recherche un polype, un cancer, des signes de maladies inflammatoires chronique de l'intestin et/ou faire des biopsies
 - Risques : **perforation, hémorragies** si polypectomie, **bactériémie, complications de l'anesthésie**
 - Absence de signes d'alarme : **AUCUN EXAMEN COMPLÉMENTAIRE**
 - Donner les **règles hygiéno-diététiques** (cf. ÉDUCATION/PRÉVENTION)
 - Prescrire un **traitement symptomatique** : **laxatifs de lest ou osmotique** en 1^{ère} intention, **antispasmodique** en cas de douleurs abdominales (notamment en cas de syndrome de l'intestin irritable)

→ Si persistance : bilan biologique et examen de 2^{ème} intention selon le cas (temps de transit colique, déféco-IRM, manométrie ano-rectale)

- **Éliminer les diagnostics différentiels :**

- **Fausse diarrhée du constipé** : existe-il une diarrhée associée ?
- Rechercher des éléments en faveur d'une constipation occasionnelle : voyage récent, **alitement**, grossesse

URGENCE

- **Chercher des éléments de l'interrogatoire et cliniques faisant suspecter une souffrance digestive ou un syndrome occlusif :**

- Interrogatoire : recherche une **absence de gaz**, des nausées et des vomissements
- Inspection : recherche de cicatrices abdominales, d'une distension abdominale
- Palpation des orifice herniaires et des cicatrices, recherche d'un tympanisme abdominal à la palpation
- Auscultation : recherche de bruits hydro-aériques (dont l'absence peut signer une nécrose digestive)

ÉDUCATION/PRÉVENTION

- **Expliquer au patient les mesures hygiéno-diététiques, de prévention et d'automédication**

- **Rassurer** le patient sur la bénignité de sa constipation
- **Augmenter l'apport en fibres alimentaires**
- **Se présenter régulièrement** à la selle
- Améliorer **position** en surélevant les jambes
- Privilégier les **eaux enrichis en magnésium**
- ± proposer une prise en charge psychologique
- **En cas de syndrome de l'intestin irritable** : rassurer sur **bénignité et chronicité**, expliquer la **physiopathologie** (altération axe-intestin-cerveau, dysbiose, trouble de motricité, hypersensibilité intestinale), faire **3 repas par jour, manger lentement** lors des repas et **éviter les repas trop gras**
→ Si persistance : proposer un régime sans FODMAPS pendant 8 semaines
- *La majoration des apports hydriques et l'activité physique n'ont pas prouvé de bénéfice.*