

Constipation

Sur cette thématique

1. Qu'est-ce que la constipation?
2. Qui peut devenir constipé?
3. Qu'est-ce qui cause la constipation?
4. Comment la constipation est-elle diagnostiquée?
5. Comment la constipation peut-elle être traitée?
6. Est-ce que la constipation peut être grave?
7. Glossaire des termes

Qu'est-ce que la constipation?

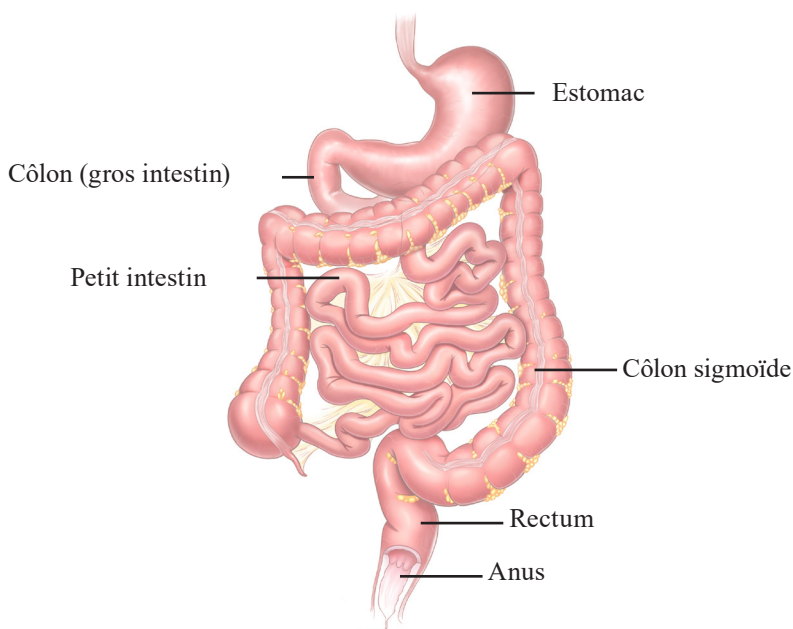
La constipation est un symptôme, et non une maladie. La constipation signifie que les mouvements intestinaux ne sont pas réguliers ou faciles. Cela peut signifier avoir une selle moins qu'une fois aux trois jours et avoir des selles dures et difficiles à évacuer.

Certaines personnes qui sont constipées ressentent de la douleur lors de la défécation et doivent souvent faire d'importants efforts défécatoires, peuvent se sentir ballonnées, ont la sensation d'un intestin plein ou une sensation que les intestins ne se vident pas complètement. Certaines personnes pensent être constipées si elles n'ont pas de selles tous les jours. Toutefois, une fréquence défécatoire normale peut varier de trois fois par jour à une fois aux trois jours, selon les individus.

Qui peut devenir constipé?

Pratiquement tout le monde vit de la constipation à un certain moment durant sa vie. C'est plus fréquent chez les femmes et chez les adultes de 65 ans et plus. Les femmes enceintes peuvent être constipées parce que la motilité intestinale ralentit durant la grossesse et c'est un problème fréquent après l'accouchement ou après une chirurgie. La plupart des cas de constipation sont

Fig 1. Le système digestif



temporaires et pas dangereux. La compréhension de ses causes, sa prévention et son traitement aide la plupart des gens à trouver un soulagement.

Qu'est-ce qui cause la constipation?

Pour comprendre la constipation, il est important de savoir comment le côlon, également appelé le gros intestin, fonctionne (Figure 1). Les éléments nutritifs de l'alimentation auront été absorbés précédemment dans l'intestin, surtout dans le petit intestin, avant que les aliments ne se rendent dans le côlon. À mesure que les aliments migrent dans le côlon, il absorbe l'eau des aliments et les transforme en selles. Des vagues de contractions musculaires dans le côlon surviennent à intervalles réguliers durant la journée et poussent les selles de manière antérograde vers le rectum. Par le temps que les selles atteignent le rectum, la plus grande partie de l'eau a été réabsorbée et la selle prend la forme d'une saucisse, faisant en sorte qu'elle est facile à évacuer. La constipation survient lorsque le côlon absorbe trop d'eau ou si les contractions musculaires du côlon sont lentes et faibles. Cela signifie que les selles migrent trop lentement dans le côlon, et par conséquent, les selles peuvent devenir dures et sèches.

Des causes communes de constipation incluent:

- Repas irréguliers et quantité insuffisante de fibres dans la diète
- Absence d'exercices physiques (surtout chez les personnes âgées)
- Médicaments, ex. analgésiques (surtout les narcotiques), antiacides qui contiennent de l'aluminium et du calcium, certains antihypertenseurs (bloqueurs des canaux calciques), médicaments anti-parkinsoniens, antispasmodiques, antidépresseurs, suppléments de fer, diurétiques, anticonvulsivants
- Syndrome de l'intestin irritable
- Changements dans la vie ou dans la routine, tels que la grossesse, le vieillissement et les voyages
- Abus de laxatifs
- Ignorer l'urgence d'aller à la selle
- Déshydratation
- Certaines maladies ou conditions spécifiques, comme un accident vasculaire cérébral (cause la plus commune)
- Problèmes avec le côlon ou le rectum
- Problèmes avec la fonction intestinale (constipation chronique idiopathique)

Comment la constipation est-elle diagnostiquée?

La constipation peut habituellement être diagnostiquée en se basant sur les symptômes et sur un examen physique. Votre médecin peut aussi se fier sur la présence de deux des symptômes suivants pour au moins 12 semaines (pas toujours consécutives) dans les 12 mois précédents comme d'un indicateur:

- moins de 3 selles par semaine
- efforts défécatoires importants
- selles dures ou grumeleuses
- sensation de vidange rectale incomplète
- sensation de blocage ou d'obstruction anorectale

Pour la plupart des gens, une histoire médicale et un examen physique peuvent être tout ce qui est nécessaire pour le diagnostic et le traitement. Vous devriez mentionner tous les médicaments que vous prenez sur une base régulière puisque certains

médicaments peuvent causer de la constipation. Vous pourriez avoir besoin d'un examen rectal lors de l'examen physique. Un examen rectal implique d'insérer un doigt ganté et lubrifié dans le rectum pour sentir une masse ou une anomalie. Cela vise aussi à rechercher du sang dans les selles.

La plupart des personnes souffrant de constipation n'ont pas besoin de tests extensifs. Les tests que fera votre médecin dépendent de la durée et de la sévérité de votre constipation, de votre âge, de la présence de sang dans les selles, des changements récents dans vos habitudes défécatoires, d'une perte de poids ou d'une histoire familiale de cancer du côlon. Les tests peuvent inclure des tests sanguins, des radiographies, une sigmoïdoscopie, une coloscopie, ou des tests plus spécialisés (lavement baryté, défécographie, étude du transit colorectal, tests de fonction anorectale). Votre médecin vous expliquera le test s'il est nécessaire pour vous, mais vous pouvez également consulter le glossaire des termes à la fin de ce pamphlet.

Comment la constipation peut-elle être traitée?

La plupart des gens traitent la constipation à la maison, sans consulter de professionnel de la santé. L'auto-traitement de la constipation avec les laxatifs en vente libre est de loin le traitement le plus fréquent. Environ 725 millions de dollars sont dépensés pour les produits laxatifs chaque année aux États-Unis. Il est important de parler avec votre médecin si le problème:

- est nouveau (c.-à-d. changement dans vos habitudes usuelles de transit).
- dure plus de 3 semaines.
- est sévère.
- est associé à d'autres caractéristiques inquiétantes comme du sang sur le papier de toilette, une perte de poids, de la fièvre ou des faiblesses.

Traitement comportemental

Changements des habitudes de vie

Les intestins sont plus actifs après les repas, surtout après le déjeuner. C'est souvent le moment où les selles vont passer le plus facilement. Allez aux toilettes lorsque vous ressentez la première envie, n'attendez pas. Si vous ignorez vos signaux corporels indiquant l'envie d'aller à la selle, les signaux deviendront de plus en plus faibles avec le temps. Portez une attention particulière à ces signaux et permettez-vous suffisamment de temps pour aller à la selle. Un breuvage chaud, par exemple un thé ou un café, le matin, peut stimuler les contractions intestinales et encourager une selle, tout comme le fait l'exercice physique régulier.

S'asseoir correctement sur la toilette

La manière dont vous vous assoyez sur la toilette peut faire une grande différence sur la facilité d'évacuer les selles. Une bonne position améliorera l'angle de votre rectum, aidera vos muscles à fonctionner efficacement, et préviendra les efforts de poussée importants. Vous devriez tenter d'adopter une position de "squat" sur la toilette en utilisant la technique suivante:

- Assoyez-vous confortablement sur la toilette avec les jambes plus espacées que la largeur de vos hanches.
- Placez vos pieds à plat sur un petit banc d'environ 20 cm de haut.
- Penchez votre tronc vers l'avant et appuyez vos avant-bras sur vos cuisses.
- Relaxe et respirez normalement; vous ne devriez pas retenir votre souffle.
- Élargissez votre taille en poussant vos muscles abdomi-



naux vers l'extérieur.

- Relaxe votre anus.
- Utilisez vos muscles abdominaux comme une pompe pour pousser doucement mais fermement vers le dos et vers le bas en direction de votre anus.
- Ne restez pas assis plus que dix minutes. Si vous n'avez pas évacuer vos selles, réessayez plus tard.

Diète

Aliments	Portion	Grammes de fibres
Fruits		
Pomme (avec la peau)	1 pomme moyenne	4.4
Banane	1 banane moyenne	3.1
Orange	1 orange	3.1
Prune	1 tasse, dénoyautées	12.4
Jus		
Pomme, non sucré, avec acide ascorbique	1 tasse	.5
Pamplemousse, blanc, en conserve, sucré	1 tasse	.2
Raisins, non sucré, avec acide ascorbique	1 tasse	.5
Orange	1 tasse	.7
Légumes		
Cuits		
Haricots verts	1 tasse	4.0
Carottes	0,5 tasse, tranchées	2.3
Pois	1 tasse	8.8
Patates (cuisinées avec la peau)	1 patate moyenne	3.8
Crus		
Concombres (avec la peau)	1 concombre	1.5
Laitue	1 tasse, déchiquetée	.5
Tomates	1 tomate moyenne	1.5
Épinards	1 tasse	.7
Légumineuses		
Fèves au lard, en conserve, sans sel ajouté	1 tasse	13.9
Haricots rouges, en conserve	1 tasse	13.6
Haricots de lima, en conserve	1 tasse	11.6
Lentilles, bouillies	1 tasse	15.6

Aliments	Portion	Grammes de fibres
Pains et Farines		
Muffin au son	1 muffin moyen	5.2
Avoine, cuite	1 tasse	4.0
Pain blanc	1 tranche	.6
Pain de blé entier	1 tranche	1.9
Pâtes et riz, cuits		
Macaroni	1 tasse	2.5
Riz brun	1 tasse	3.5
Riz blanc	1 tasse	.6
Spaghetti (régulier)	1 tasse	2.5
Noix		
Amandes	1 tasse	17.4
Arachides	1 tasse	12.4

Manger régulièrement et avoir des apports liquidiens adéquats sont les facteurs les plus importants pour une fonction intestinale adéquate. Une diète qui comprend suffisamment de fibres (20 à 35 grammes chaque jour) aide le corps à former des selles molles et volumineuses. Toutefois, pour certaines personnes, consommer beaucoup de fibres quotidiennement peut causer du ballonnement abdominal et des gaz. Tentez d'augmenter votre consommation de fibres, si nécessaire, en consommant plus de fibres solubles (fruits, légumes) plutôt qu'insolubles (fibres type céréales). Commencez avec une petite quantité et augmentez lentement jusqu'à ce que vos selles deviennent plus molles et plus fréquentes. Un médecin ou une nutritionniste peuvent vous aider à planifier une diète appropriée. En lisant les informations d'un produit sur le côté de l'emballage, vous pouvez déterminer le nombre de grammes de fibres par portion (Tableau 1). Certains aliments ont des propriétés laxatives naturelles, comme les pruneaux, les figues, les kiwis, la réglisse et la mélasse. Ajouter des graines de lin moulues à la diète peut être bénéfique pour améliorer la consistance des selles et les rendre plus faciles à évacuer. Pour les personnes sujettes à la constipation, limiter les aliments contenant peu ou pas de fibres, tels que la crème glacée, le fromage, la viande et les aliments transformés est aussi important. Pour prévenir la déshydratation et aider la constipation, buvez entre 1,5 et 2,0 litres d'eau ou d'autres liquides tels que des jus de fruits ou de légumes, à chaque jour.

Traitement médical

Le traitement de la constipation dépend de sa cause, de sa sévérité et de la durée du problème. Dans la majorité des cas, des changements alimentaires et des habitudes de vie aident à soulager les symptômes et à prévenir leur récurrence. Si ces changements simples ne permettent pas de corriger votre constipation, vous pourriez essayer les traitements suivants.

Fibres mucilagineuses

Les fibres mucilagineuses sont généralement considérées comme étant les plus sécuritaires, mais elles peuvent interférer avec l'absorption de certains médicaments. Elles incluent les fibres naturelles et les préparations commerciales. Elles absorbent l'eau dans l'intestin et rendent les selles plus molles. Les marques commerciales incluent Metamucil, Fiberall, Citrucel, Konsyl et Serutan. Elles doivent être consommées avec beaucoup d'eau ou alors elles risquent de créer une occlusion intestinale. Vous devriez augmenter la dose de suppléments en fibres progressivement pour prévenir le ballonnement, les gaz et les crampes.

Laxatifs

En général, l'usage de laxatifs devrait être occasionnelle seule-

ment. L'usage à long terme des laxatifs, particulièrement les laxatifs stimulants, peut mener à un intestin qui devient moins réceptif. Les personnes qui deviennent dépendantes à l'usage des laxatifs devraient cesser leur usage graduellement. Pour la majorité des gens, cesser les laxatifs restaure la capacité naturelle du côlon à se contracter. Une variété de laxatifs sont disponibles pour traiter la constipation. Le choix est basé sur leur mécanisme d'action, sur leur innocuité et sur les préférences de votre médecin. En général, les laxatifs peuvent être catégorisés dans les groupes suivants:

- Laxatifs stimulants. Ils causent des contractions musculaires rythmiques dans les intestins. Quelques exemples incluent le senna (Senokot) et le bisacodyl (ex. Correctol, Dulcolax). Évitez de surutiliser les laxatifs stimulants puisque les prendre régulièrement ou en grande quantité peut provoquer des effets secondaires.
- Laxatifs osmotiques. Ils permettent aux liquides de voyager d'une manière spéciale dans le côlon et sont particulièrement utiles pour les personnes sans cause évidente pour leur constipation (constipation idiopathique). Des exemples incluent le polyéthylène glycol (MiraLax), le Lactulose et le Sorbitol. Le polyéthylène glycol est généralement préféré puisqu'au contraire du lactulose et du sorbitol, il ne cause pas de gaz ni de ballonnement. Le sorbitol fonctionne aussi bien que le lactulose et est beaucoup moins dispendieux. Les personnes diabétiques devraient être surveillées attentivement.
- Laxatifs salins. Ces derniers agissent comme une éponge pour entraîner l'eau dans le côlon pour faciliter le passage des selles, de façon similaire aux laxatifs osmotiques. Des exemples incluent l'hydroxyde de magnésium (lait de magnésie) et le citrate de magnésium (Evac-Q-Mag). Les laxatifs salins sont utilisés pour traiter la constipation aiguë s'il n'y a pas d'évidence d'occlusion intestinale.
- Suppositoires et lavements. À part les préparations orales (liquides, comprimés, poudres, granules), les laxatifs existent sous forme de suppositoires ou de lavements qui s'insèrent dans le rectum. Plusieurs personnes n'aiment pas les utiliser, mais en général, ils fonctionnent plus rapidement que les laxatifs oraux. Quand insérés dans le rectum, ils ramollissent les selles et engendrent des contractions des parois rectales. En les utilisant au même moment de la journée, ils peuvent favoriser l'évacuation régulière des selles. Des lavements préemballés occasionnels contenant du phosphate de sodium/biphosphonate (Fleet) peuvent être recommandés si vous n'avez pas répondu à d'autres traitements. Ces derniers ne sont pas recommandés si vous avez des problèmes cardiaques ou rénaux sauf si directement prescrits par votre médecin.

Émoullissants ou lubrifiants fécaux

Les émoullissants fécaux hydratent les selles pour les rendre molles et faciles à évacuer puisqu'elles migrent dans les intestins plus facilement. Ils sont souvent recommandés après un accouchement ou une chirurgie ou pour les personnes qui devraient éviter de pousser trop fort pour évacuer une selle. Les marques commerciales d'émoullissants incluent Colace ou Surfak, alors que l'huile minérale est l'exemple le plus commun de lubrifiant fécal (les marques commerciales incluent Fleet et Zymorol). Ils stimulent typiquement une selle en 8 heures, mais l'usage prolongé de ces préparations devrait être évité.

Autres médicaments

Les activateurs des canaux chloriques augmentent les fluides et les mouvements dans les intestins pour aider à passer une selle,

réduisant ainsi les symptômes de constipation. Un tel agent est le Lubiprostone (Amitiza), un médicament d'ordonnance qui traite la constipation sévère et peut être utilisé sécuritairement jusqu'à 6 à 12 mois. Par la suite, un médecin devrait évaluer le besoin d'en poursuivre l'usage. Ce médicament est dispendieux comparé aux autres agents, toutefois, il peut être recommandé si vous ne répondez pas aux autres traitements.

Autres traitements

Biofeedback

Le biofeedback est une approche comportementale utilisée par les thérapeutes et qui implique l'utilisation d'un capteur pour monitorer l'activité musculaire, et qui est affichée sur un écran d'ordinateur. Cela permet une évaluation adéquate de la fonction musculaire et un thérapeute peut vous aider à entraîner les muscles contrôlant la défécation. Cela peut aider certaines personnes souffrant de constipation sévère chronique qui contractent involontairement (plutôt que relaxer) leurs muscles lorsqu'elles évacuent à la selle.

Chirurgie

La chirurgie peut être utilisée pour corriger des problèmes ano-rectaux tels qu'un prolapsus rectal, une condition où la muqueuse rectale fait protrusion vers l'extérieur. Une résection chirurgicale du côlon peut aussi être une option pour les personnes avec des symptômes sévères causés par une inertie colique. Toutefois, les bénéfices de cette chirurgie doivent être balancés avec les complications possibles, qui incluent la douleur abdominale, la diarrhée et l'incontinence.

Est-ce que la constipation peut être grave?

Parfois, la constipation peut mener à des complications. Ces complications incluent les hémorroïdes, causées par les efforts de poussée défécatoires importants, et les fissures anales (déchirures dans la peau autour de l'anus), causées par les selles dures qui étirent les muscles sphinctériens. Cela peut provoquer un saignement rectal, se manifestant par des stries rouge clair sur la surface des selles. Parfois, les efforts de poussée importants causent un prolapsus rectal. Cette condition peut mener à la sécrétion de mucus par l'anus. Souvent, l'élimination de la cause du prolapsus, comme les efforts défécatoires ou la toux, est le seul traitement nécessaire. Un prolapsus sévère ou chronique nécessite une chirurgie pour renforcer ou resserrer le muscle sphinctérien anal ou pour réparer la muqueuse faisant prolapsus. La constipation peut mener à une impaction tellement serrée de selles dures dans les intestins et le rectum que les contractions coliques normales ne sont plus suffisantes pour expulser les selles. Cette condition, appelée une impaction fécale ou fécalome, survient le plus souvent chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Un fécalome peut être ramolli avec de l'huile minérale prise par la bouche et par un lavement. Après avoir ramolli l'impaction, le médecin peut briser et retirer des parties des selles dures en insérant un ou deux doigts dans l'anus.

Glossaire des termes

Votre médecin pourrait utiliser les termes médicaux suivants lorsqu'il discutera de votre condition.

Lavement baryté : cela implique des rayons-X pour voir le rectum, le côlon et la partie inférieure du petit intestin afin de localiser le problème. Le côlon ne se voit pas bien sur les rayons-X, on le remplit donc avec du baryum, un liquide crayeux qui rend la zone visible. Une fois que la solution tapisse l'intérieur du côlon et du rectum, des rayons-X sont pris pour voir leur forme et leur condition. Le patient peut ressentir des crampes abdominales lorsque le baryum remplit le côlon, mais ressent habituelle-

ment peu d'inconfort après la procédure. Les selles peuvent être blanches pour quelques jours après ce test.

Défécographie : un rayon-X de la région ano-rectale pour voir la facilité avec laquelle la selle est expulsée. Ce test va montrer la contraction et la relaxation des muscles ano-rectaux pour vérifier s'ils fonctionnent correctement. Durant le test, le médecin remplit le rectum avec une pâte molle qui a la même consistance qu'une selle. Le patient s'assoit sur une toilette positionnée dans une machine à rayon-X, relaxe et tente d'expulser la pâte comme une selle normale.

Sigmoïdoscopie ou coloscopie : un examen à la caméra du rectum et du sigmoïde (côlon inférieur) est appelé une sigmoïdoscopie alors qu'un examen du rectum et du côlon entier est appelé une coloscopie. Pour faire une sigmoïdoscopie, le médecin utilise un long tube flexible avec une lumière à son extrémité, appelé un sigmoïdoscope, inséré par l'anus. Le patient est habituellement légèrement sédaté avant l'examen. La même procédure est utilisée pour la coloscopie, mais le tube est plus long.

Étude du transit colorectal : ce test montre la facilité de migration des aliments le long du côlon. Le patient avale des capsules contenant de petits marqueurs qui sont visibles sur une radiographie. Le mouvement des marqueurs à travers le côlon est monitoré par des radiographies abdominales prises à plusieurs reprises 3 à 7 jours après que la capsule ait été avalée. Le patient mange une diète riche en fibres durant le test.

Tests de fonction ano-rectale : ces tests diagnostiquent une constipation causée par un fonctionnement anormal de l'anus ou du rectum.

- Manométrie rectale: montre la fonction musculaire du sphincter de l'anus. Un cathéter ou un ballon rempli d'air est inséré par l'anus dans le canal anal et lentement retiré à travers le sphincter de l'anus pour mesurer le tonus musculaire et les contractions.
- Tests d'expulsion d'un ballon : consiste à remplir un ballon inséré par l'anus dans le canal anal avec des quantités variables d'eau. On demande alors au patient d'expulser le ballon. L'incapacité à expulser le ballon rempli avec moins de 150 mL d'eau peut indiquer une diminution de la fonction intestinale.

Pour plus d'information, visitez le www.YourPelvicFloor.org.