

## Constipation chronique

# Une fatalité chez la personne âgée ?

La constipation constitue la plainte digestive la plus fréquente de la personne âgée. En plus d'une anamnèse détaillée et d'un status abdominal et périnéal, l'utilisation d'un journal quotidien relevant le transit et d'une grille décrivant la consistance des selles aident à poser le diagnostic, surtout en présence de troubles cognitifs. Les examens paracliniques seront évalués de cas en cas. Dans toutes les situations une revue rigoureuse de la médication et une bonne analyse des facteurs de risques qui pourraient être réversibles doivent accompagner la prescription de laxatifs, dont le choix doit tenir compte du profil d'efficacité, de la tolérance, de l'existence d'éventuelles interactions médicamenteuses ainsi que des critères économiques.

La constipation chronique est la plainte digestive la plus fréquente chez la personne âgée en institution et dans la communauté. On estime la prévalence de ce problème de 15 à 20% chez les personnes âgées non institutionnalisées et à environ 50% chez les personnes institutionnalisées. Les femmes sont touchées 2 à 3 fois plus fréquemment que les hommes et il existe un impact sur la qualité de vie (1).

## Diagnostic

Le diagnostic de constipation chronique est souvent difficile à poser car, lors de l'anamnèse, le patient relate souvent des symptômes qualitatifs d'exonération tel l'effort alors que le médecin a tendance à se baser sur des éléments quantitatifs d'exonération. Au vu de cette discordance, un panel de gastroentérologues internationaux est arrivé à une définition commune connue sous l'appellation de « critères de Rome », qui a été mise à jour 3 fois à ce jour.

La dernière version – les critères de Rome III – retient le diagnostic de constipation si au moins 2 des 6 critères du tableau 1 sont présents pour au moins 12 semaines dans les 6 derniers mois et qu'un côlon irritable a été exclu.

Un journal quotidien du relevé du transit (fig.1) appuyé de la description de la consistance des selles à l'aide du « Bristol stool

scale » (fig. 2) (il en existe une version téléchargeable sur iphone !) aide à objectiver la présence des critères diagnostics et permet lors du suivi d'évaluer l'efficacité des mesures thérapeutiques proposées. Ces outils ont comme avantage de pouvoir être remplis par le patient lui-même, ou en cas d'incapacité – par exemple en présence de troubles cognitifs – par une équipe soignante. Tout particulièrement dans les milieux de long séjour, les soignants devraient être formés dans l'utilisation de ces outils et les appliquer dans le suivi des patients les plus fragiles. Seul un relevé rigoureux permet de suivre et traiter de manière optimale une constipation. Lors du suivi, il faut garder à l'esprit que l'apparition de selles liquides et/ou d'incontinence fécale, alors que le transit a été longtemps ralenti, peut être signe de diarrhées paradoxales et il est donc recommandé de persévérer dans la recherche d'une constipation (2).

L'examen physique sera dirigé sur un examen abdominal et proctologique, ce dernier au repos, lors d'efforts de poussées ou en position accroupie, dans la mesure du possible! Le toucher rectal doit être réalisé et un examen gynécologique est recommandé chez les femmes (2). Une constipation peut survenir lors de diverses maladies : obstruction mécanique (tumeur rectale, rectocèle, etc.), maladies neurologiques (AVC, démence, maladie de



Dr méd.  
Wanda Bosshard Taroni  
Cully



Dr méd.  
Rebecca Dreher  
Gilly-Aubonne

TAB. 1	Critères de Rome III, 2006
1.	Effort à l'exonération au min. 25% du temps
2.	Selles dures au moins 25% du temps (v. tableau de Bristol)
3.	Sensation d'exonération incomplète au moins 25% du temps
4.	Sensation de blocage anal au moins 25% du temps
5.	Recours à des manœuvres manuelles plus de 25% du temps
6.	Moins de 3 selles par semaine

TAB. 2	Facteurs de risque (2)
	Réduction de la consommation de fibres alimentaires
	Ration calorique journalière faible
	Réduction d'apport liquidien
	Réduction de la mobilité (grabataire)
	Poly-morbidité (cardiaque, endocrine, neurologique....)
	Médicaments
	Ration calorique journalière faible
	Maltraitance physique/abus sexuel

**FIG. 1** Calendrier des selles

	Heure	Type de selles (fig. 2 : Bristol stool scale)	Exonération incomplète, blocage anal	Manœuvres manuelles	Laxatif
J 1					
J 2					
J 3					
J 4					
J 5					
J 6					
J 7					

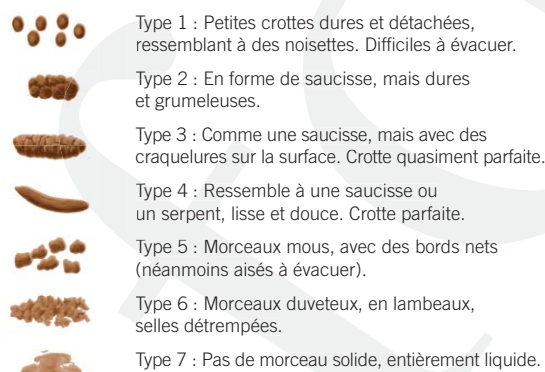
**TAB. 3** Médicaments fréquemment associés à la constipation (2)

Analgésiques (morphiniques, tramadol)
Neuroleptiques
Anti-parkinsonien
Antagonistes de l'acétylcholine
Antidépresseurs (tricycliques)
Antihistaminiques
Anticalciques
Suppléments calciques
Diurétiques
AINS
Antipsychotiques

**TAB. 4** Mesures non pharmacologiques

Prise en charge optimale des maladies concomitantes
Positionnement aux toilettes
Apport liquidien suffisant (1500 ml/j)
Activité physique régulière (selon capacités individuelles)
Régime riche en fibres (25 g/j)
Céréales, pruneau, raisins secs, pommes, haricots, petit-pois ...
Physiothérapie, biofeed back, acupuncture

Parkinson, etc.), maladies endocrines et métaboliques (diabète, hypothyroïdie, hypercalcémie, etc.), maladies gastrointestinales (fissure anale, fistule, prolapsus rectal, etc.), myopathies (3), ce qui nécessite de ne pas banaliser cette symptomatologie. Il faut en outre retenir que toute douleur pelvienne ou abdominale lors de la défécation peut être une cause de rétention chronique et ceci sur-

**FIG. 2** Bristol stool scale

tout chez les personnes qui souffrent de troubles cognitifs, ne pouvant exprimer leur inconfort.

En cas de doute, une radiographie abdominale peut être effectuée, des examens de laboratoire étant justifiés seulement en cas de signes cliniques posant la question d'un problème infectieux, par exemple. D'autres examens spécifiques (manométrie ano-rectale, mesure du transit par marqueurs radio-opaques, etc.) peuvent être discutés en cas de résistance aux traitements.

### Facteurs de risque (tab. 2) et mesures préventives

Contrairement à une idée largement reçue, l'âge per se n'augmente pas la prévalence de la constipation. Toutefois, les chances de cumuler des facteurs de risques surtout chez les patients âgés fragiles et polymorbides augmentent. Les mesures préventives comprennent le maintien d'une mobilisation, un régime équilibré riche en fibres, une hydratation suffisante, ainsi qu'une revue médicamenteuse soigneuse essayant de diminuer ou changer les médicaments péjorant le problème (tab. 3) et de prescrire d'emblée des laxatifs dès l'introduction d'un traitement d'opiacés. Ces mesures sont nécessaires pour atteindre un succès thérapeutique satisfaisant.

### Prise en charge

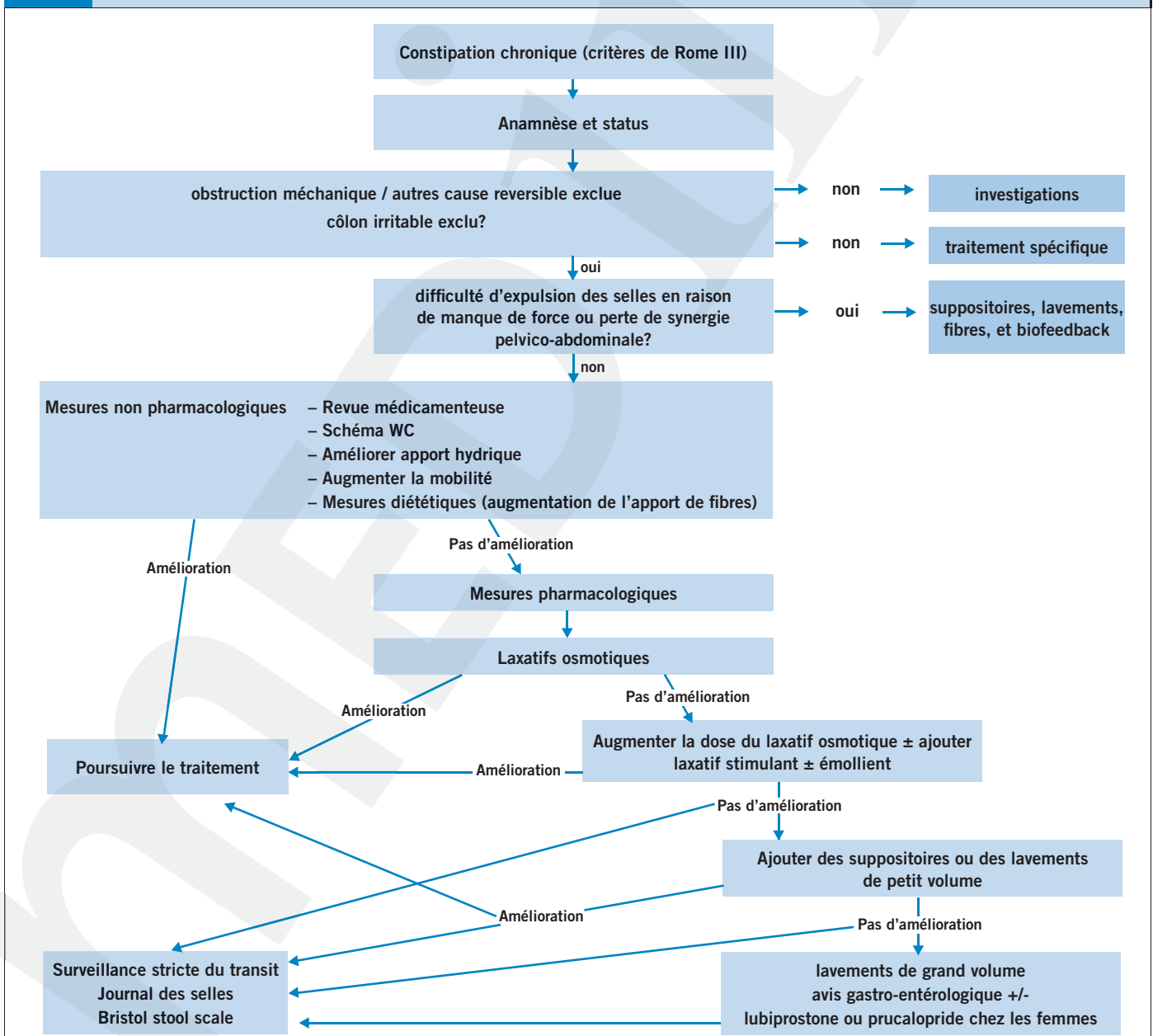
La prise en charge est basée sur un axe non pharmacologique et un axe pharmacologique. Dans tous les cas, les mesures non pharmacologiques doivent être explorées (tab. 4).

Le traitement pharmacologique est néanmoins souvent nécessaire, mais son choix n'est pas très aisé face à l'abondance du choix de laxatifs en vente libre et/ou sur ordonnance médicale. De surcroît, il existe trop peu d'évidences scientifiques pour recommander formellement une des cinq classes thérapeutiques (laxatifs osmotiques, laxatifs stimulants, laxatifs emollients, les substances de lest (mucilages), les laxatifs pro-kinétiques), dont les mécanismes d'action et les particularités vont être brièvement rappelés (tab. 5).

Les laxatifs osmotiques regroupent les macrogols et le lactulose et constituent actuellement le premier choix de l'arsenal thérapeutique, leur effet étant celui d'augmenter le volume des selles. Les macrogols doivent être pris avec deux verres d'eau ce qui peut limiter leur utilisation dans certaines situations (par exemple en cas de trouble de la déglutition comportant un risque de bronchoaspiration), mais leur pertinence a été démontrée également dans des

**TAB. 5** Laxatifs : mécanismes d'action et particularités

Classe Thérapeutique	Exemples	Mécanisme d'action	Effets secondaires et précautions
Osmotiques	Macrogols, Lactulose  Lubiprostone	Création d'un gradient osmotique dans la lumière intestinale  Gradient osmotique par activation canaux chloridiques	Nécessiter de boire deux verres d'eau. CAVE fausses routes.  Pas conseillé chez insuffisants rénaux <30 ml/min, insuffisance hépatique modérée et sévère. Pas d'interaction médicamenteuse, ni de troubles électrolytiques. CAVE : prix !
Stimulants	Senna Cascara Picosulfate de sodium	Stimulation du plexus mésentérique	Crampes abdominales, flatulences, troubles électrolytiques
Emollients	Paraffine glycérol	Lubrification des selles	Pneumonies chimiques en cas de fausses routes avec paraffine
Substances de lest	Mucilages	Augmentent le volume des selles	Bonne hydratation indispensable
Prokinétiques	Prucalopride	Agoniste sélectif des récepteurs de la sérotonine (5-HT <sub>4</sub> )	Pas de données chez les hommes Soumis à prescription du spécialiste Limitation de l'utilisation à 12 semaines

**FIG. 3** Management de la constipation chronique chez la personne âgée

études de « coût-efficacité » (4). Une nouvelle molécule est arrivée à enrichir cette classe, la lubiprostone. Il est intéressant de noter que cette classe de laxatifs bénéficie d'un niveau « A » d'évidence, basée sur des études randomisées en double aveugle (3), se différenciant ainsi des autres classes, pro-kinétiques à part.

Les laxatifs stimulants comprennent entre autre le senna, cascara et picosulphate de sodium. Ils agissent en stimulant le plexus mésentérique ce qui augmente la mobilité intestinale et la sécrétion liquidienne et d'électrolytes. L'effet secondaire principal consiste en l'apparition de troubles électrolytiques dont une hypokaliémie, raison pour laquelle cette classe est un choix de deuxième ligne et leur utilisation devrait être limitée dans le temps.

Les laxatifs émollients (paraffine, glycérol) sont également recommandés en deuxième ligne, mais la paraffine est contre-indiquée en cas de risque de fausses routes car peut provoquer une pneumonie chimique.

Les substances de lest doivent toujours être accompagnés d'une bonne hydratation et sont déconseillées chez les patients qui ne s'hydratent que difficilement.

Les laxatifs pro-kinétiques sont représentés aujourd'hui par le prucalopride. Le prucalopride est un agoniste sélectif des récepteurs de la sérotonine (5-HT<sub>4</sub>) à forte affinité, ce qui est susceptible d'expliquer ses effets entérokinétiques. Il n'est néanmoins recommandé que chez les femmes (aucune donnée suffisante n'est disponible à ce jour en ce qui concerne l'évaluation de son efficacité et de sa sécurité chez les hommes), même âgées, mais non polymorbides qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur avec au moins deux laxatifs de classes différentes pendant une période de neuf mois au minimum. Son indication est limitée au traitement de la constipation chronique idiopathique sévère ou réfractaire et sa prescription est réservée aux gastro-entérologues. Si le traitement n'est pas efficace (augmentation de la fréquence des selles d'au moins une vidange intestinale spontanée par semaine) au bout de quatre semaines l'administration doit être arrêtée (5).

Lavements et suppositoires peuvent être recommandés en cas de problèmes d'expulsion des selles, en raison d'un problème de perte de force et/ou de perte de synergie pelvico-abdominale, mais le plus souvent ils seront prescrits en renfort des traitements per os.

La figure 3 propose un algorithme de prise en charge actualisant une ancienne version des auteurs (6).

### Message à retenir

- ◆ La personne âgée fragile est exposée au risque de constipation en raison de la poly-morbidité et de la poly-médication qui s'ensuit.
- ◆ Beaucoup doit et peut être effectué pour prévenir l'aggravation du problème ; le suivi rigoureux du transit à l'aide de calendriers et grilles observationnelles (« Bristol stool scale ») doit être la préoccupation quotidienne de tous les soignants s'occupant de gériatrie.
- ◆ La prise en charge de la constipation chez la personne âgée demeure problématique et il existe peu d'évidences pour guider la prise en charge, mais à ce jour les laxatifs type macrogols constituent le premier choix et leur utilisation est pertinente du point de vue de « coût-efficacité ».
- ◆ D'avantage de recherche est nécessaire notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes en hébergement de long séjour, où cette pathologie est fréquente.

### Références :

1. Wolfson CR, Constipation in the daily lives of frail elderly people, Arch Fam Med. 1993 Aug; 2(8):853-8
2. Piche T et al, Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte, Gastroenterol Clin Biol 2007;31:125-135
3. World Gastroenterology Organisation, 2010
4. Taylor RR, Guest JF, The cost-effectiveness of macrogol 3350 compared to lactulose in the treatment of adults suffering from chronic constipation in the UK, Aliment Pharmacol Ther, 2010 Jan 15; 31(2):302-312
5. Compendium suisse des médicaments (www.compendium.ch)
6. Bosshard W, Dreher R et al, The treatment of chronic constipation in elderly people: An update, Drugs Aging 2004; 21 (14): 911-930

### Dr méd. Wanda Bosshard Taroni

Médecin Cheffe adjointe  
Hôpital de Lavaux  
Chemin des Colombaires 31  
1096 Cully  
wanda.bosshard@hopitaldelavaux.ch

### Dr méd. Rebecca Dreher

Médecin Cheffe  
CTR Aubonne-Gilly  
Ensemble Hospitalier de la Côte  
12 route des Pavillons  
1182 Gilly  
rebecca.dreher@ehc.vd.ch