



La constipation

Recommandations et conseils nutritionnels



DÉFINITION ET DIAGNOSTIC DE LA CONSTIPATION

La constipation est un symptôme fonctionnel qui touche de nombreux patients partout dans le monde. C'est d'ailleurs probablement l'affection digestive la plus fréquente. Même si dans la majorité des cas la constipation chronique n'est pas une affection menaçant la vie du patient, l'altération de la qualité de vie est fréquente et parfois significative. L'impact en termes de santé publique est majeur.

LA CONSTIPATION EN QUELQUES MOTS^{1,2}

La constipation peut être définie de différentes manières. Le terme « constipation » a en effet plusieurs significations et la façon de l'utiliser peut différer entre patients mais également entre différentes cultures et régions.¹

D'un point de vue académique, la constipation peut être définie selon les critères de Rome III. Cette classification, développée par un panel d'experts internationaux pour catégoriser les troubles fonctionnels intestinaux, est parfois utile en pratique quotidienne mais est surtout utilisée en recherche clinique pour standardiser la définition et homogénéiser les patients inclus dans les études.

Selon les critères de Rome III, la constipation est définie comme suit^{1,2}:

- Le début des symptômes doit dater d'au moins 6 mois et les critères doivent être remplis pour les 3 derniers mois
- Au moins 2 des symptômes suivants doivent être présents:
 - selles grumeleuses ou dures sur ≥ 25 % des défécations
 - efforts de poussées sur ≥ 25 % des défécations
 - sensation d'évacuation incomplète sur ≥ 25 % des défécations
 - sensation d'obstruction ou de blocage anorectal sur ≥ 25 % des défécations
 - manœuvres manuelles pour faciliter l'évacuation des selles sur ≥ 25 % des défécations
 - moins de 3 évacuations par semaine
- Les selles molles sont rarement présentes en dehors de la prise de laxatifs
- Les critères diagnostiques sont insuffisants pour retenir un syndrome de côlon irritable

En fonction de l'origine du trouble, on parlera de constipation idiopathique ou de constipation secondaire. La constipation idiopathique, peut avoir de nombreuses origines différentes : modifications du régime alimentaire, de l'activité physique ou du style de vie... Elle se subdivise en 3 entités^{1,2}:

- La constipation de transit, caractérisée par une réduction de l'activité motrice colique ;

- La constipation distale, qui se manifeste généralement par une difficulté à évacuer les selles (dyschésie) et dont les principales causes sont les troubles de la statique pelvienne et l'anisme ;
- La constipation fonctionnelle (à transit normal), correspondant à une constipation où aucune anomalie colique ou pelvienne n'a été identifiée. Il s'agit du sous-type le plus fréquent et le chevauchement avec un syndrome de l'intestin irritable à constipation prédominante est très fréquent.

La constipation dite secondaire implique quant à elle une cause organique ou médicamenteuse à l'origine des symptômes.²

Principales causes de constipation secondaire ^{1,2}	
Anomalies métaboliques	<ul style="list-style-type: none">• Diabète• Hypothyroïdie• Hypercalcémie• Hypomagnésémie• Insuffisance rénale chronique...
Maladies neurologiques	<ul style="list-style-type: none">• Maladie de Parkinson• Tumeur médullaire• Traumatisme médullaire• Neuropathie périphérique• Sclérose en plaques• Atteinte cognitive...
Obstruction mécanique	<ul style="list-style-type: none">• Cancer colorectal• Compression extrinsèque (tumeur bénigne ou maligne, adhérences post-chirurgicales)• Sténose (diverticulaire, ischémique, maladie de Crohn)• Fissure ou sténose anale...
Médicaments	<ul style="list-style-type: none">• Analgésiques• Anticholinergiques• Antidépresseurs• Antiparkinsoniens• Antiépileptiques...
Autres	<ul style="list-style-type: none">• Dépression, démence, psychose• Anorexie• Grossesse• Myopathies...

UNE PATHOLOGIE FRÉQUENTE

Les différentes définitions médicales de la constipation et les variations dans les symptômes décrits rendent problématique l'établissement de données épidémiologiques fiables. On sait cependant que de nombreux patients souffrent d'une constipation chronique partout dans le monde. En France, sa prévalence est estimée à environ 20 % de la population.^{1,3}

Certaines populations de patients sont toutefois plus touchées que d'autres. Ainsi, toutes les études épidémiologiques rapportent une prédominance féminine de la constipation. Le ratio serait d'environ 2/1.² Les personnes âgées seraient également plus sujettes à la constipation. Dans les études portant sur cette population, jusqu'à 20 % des personnes habitant chez elles et 50 % des personnes âgées vivant en institution décrivaient des symptômes de constipation.¹



CONSTIPATION CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE : UN DIAGNOSTIC PRINCIPALEMENT BASÉ SUR L'INTERROGATOIRE DU PATIENT ET L'EXAMEN CLINIQUE

INTERROGATOIRE DU PATIENT

La première étape indispensable au diagnostic de constipation chronique est l'interrogatoire du patient. Ce dernier a 4 objectifs principaux. Il doit permettre² :

- De confirmer le diagnostic de constipation et son caractère chronique ;
- D'apprécier le retentissement sur la qualité de vie du patient ;
- De préciser les symptômes afin de mieux caractériser l'affection dans l'hypothèse d'une maladie spécifique ;
- De dépister les signes en faveur d'une constipation secondaire afin d'éliminer une cause organique évidente.

L'anamnèse des patients doit se focaliser sur l'identification d'une affection pouvant être à l'origine de la constipation ainsi que sur les indicateurs de gravité. Pour cela, l'interrogatoire doit systématiquement envisager¹ :

- Les symptômes décrits par le patient et leur agenda ;
- Les antécédents médico-chirurgicaux et les affections concomitantes ;
- Les traitements administrés ;
- Le style de vie du patient, son alimentation, son hydratation et son niveau d'activité physique ;
- Les signes fonctionnels digestifs, urinaires et gynéco-obstétricaux.

Afin de clarifier ce que le patient entend par constipation et identifier le symptôme le plus invalidant, des critères diagnostiques simples peuvent être proposés tels que « moins de 3 selles par semaine », « l'existence de selles dures et/ou des difficultés d'évacuation ». Les difficultés pour exonérer comprennent : les efforts de poussée, la sensation d'une gêne au passage des selles ou d'une évacuation incomplète, l'émission de selles dures, un temps d'exonération anormalement prolongé ou l'utilisation de manœuvres digitales.⁴

En pratique, si le patient est imprécis sur la fréquence des selles, il peut être utile de lui demander de tenir un calendrier pendant 15 jours.⁴

Afin de faciliter les échanges entre le patient et le professionnel de santé, l'échelle de Bristol peut être utilisée.⁵ Cet outil visuel basé sur une échelle contenant 7 items permet d'évaluer la consistance des selles, considérée comme un meilleur indicateur du transit colique que leur fréquence.^{1,5}

ÉCHELLE DE BRISTOL ⁶		
Type 1		Boules dures séparées (scybales), difficiles à expulser
Type 2		Selle moulée mais faite de grumeaux apparents
Type 3		Selle moulée mais craquelée
Type 4		Selle moulée lisse et molle
Type 5		Morceaux solides mais mous, clairement séparés les uns des autres et faciles à expulser
Type 6		Selle pâteuse avec des morceaux solides non distincts
Type 7		Selles liquides

Il faut noter que l'émission de selles liquides n'élimine pas le diagnostic de constipation, surtout si elles précèdent ou suivent une période sans évacuation et/ou sont associées à l'élimination d'un bouchon de selles dures.⁷

Enfin, la présence de certains signes d'alarme chez un malade ayant une pathologie chronique doit motiver des examens complémentaires afin de rechercher une cause organique^{1,2} :

- Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de MICI ;
- Rectorragies ;
- Anémie ;
- Recherche de sang dans les selles positive ;
- Perte de poids ;
- Constipation sévère, persistante ne répondant pas au traitement ;
- Aggravation d'une constipation chronique sans cause évidente

EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique permet d'identifier une cause organique et de déterminer un ou des mécanismes à l'origine de la constipation. Il doit être complet mais centré sur l'appareil digestif.²

Il est recommandé d'effectuer un examen proctologique complété par un examen génito-urinaire. L'examen proctologique doit être réalisé au repos et lors d'efforts de poussée, en position gynécologique voire accroupie pour sensibiliser l'examen.⁴

Le toucher rectal apprécie quant à lui la présence et la consistance des selles dans l'ampoule rectale, l'existence de sang sur le doigtier, d'une tumeur palpable ou d'une

douleur localisée, les tonus sphinctériens et la relaxation des muscles du plancher pelvien lors des efforts de poussée.⁴

Un examen du périnée postérieur permet de rechercher : une fissure, une béance anale, un prolapsus rectal, une colpocèle, une rectocèle, des souillures anales, une descente périméale ou une pathologie hémorroïdaire.⁴

Si une cause neurogène est suspectée, un examen neurologique peut être effectué. Ce dernier comprend l'étude du réflexe anal, bulbo ou clitorido-caverneux, et la recherche d'un déficit sensitif.⁴

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES²

Les examens complémentaires pour le diagnostic de constipation chronique sont de deux types.

- Les premiers ont une visée étiologique. Ils cherchent à éliminer une cause de constipation secondaire. La coloscopie, examen de référence pour exclure un cancer colorectal, est recommandée en cas de signes d'alarme. En effet, il existe en général des points d'appel autres que la constipation en cas de cancer colorectal. Des examens biologiques comme le dosage de la glycémie, du TSH, de la calcémie, de la créatininémie et la réalisation d'un hémogramme peuvent également être demandés au cas par cas. Ils sont justifiés en fonction des diagnostics évoqués.
- Les autres examens complémentaires cherchent quant à eux à préciser le mécanisme d'une constipation résistante à un traitement de 1ère intention bien conduit et observé. Il s'agit notamment du temps de transit colique, examen de référence pour le diagnostic de constipation à transit lent, et de la manométrie anorectale avec test d'expulsion au ballonnet qui permet l'identification d'anomalies responsables des troubles de l'évacuation comme l'anisme.



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DE LA CONSTIPATION

La stratégie thérapeutique de la constipation a pour objectif de soulager les symptômes, en traitant la cause quand cela est possible, et de prévenir les complications de la constipation chronique. Elle repose dans un premier temps sur des mesures hygiéno-diététiques. Si ces dernières ne sont pas suffisantes, d'autres moyens thérapeutiques existent.¹

LES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES : TRAITEMENT DE 1^{ÈRE} LIGNE DE LA CONSTIPATION^{2,7}

Une fois le diagnostic de constipation établi, les premiers conseils à prodiguer à vos patients sont d'ordre hygiéno-diététique. Leur efficacité est variable d'un individu à l'autre et chez un même patient au cours du temps. Elles doivent donc être adaptées individuellement.

CONSEILS D'AIDE À LA DÉFÉCATION

Il est notamment recommandé de :

- Répondre à la sensation de besoin ;
- Conserver un rythme régulier des défécations ;
- Respecter une durée suffisante pour satisfaire au besoin ;
- Une intimité auditive, visuelle et olfactive dans la mesure du possible.

L'utilisation des toilettes à la turque ou l'adoption d'une position dite en semi-squatting peuvent elles aussi favoriser la descente des selles.

CONSEILS NUTRITIONNELS^{1,7}

Deux types de mesures nutritionnelles doivent être mis en place en cas de constipation.

ZOOM SUR L'AUGMENTATION DES APPORTS EN FIBRES ALIMENTAIRES

En premier lieu, il est important d'assurer un régime riche en fibres alimentaires (25 g par jour). On préconisera donc un enrichissement progressif de la ration quotidienne des patients. Il est important que l'augmentation de la quantité de fibres soit progressive afin d'éviter les ballonnements.^{1,2}

Les fibres alimentaires, en particulier celles des fruits et légumes (pruneaux, figes, pommes, poireaux) favorisent la laxation en augmentant la teneur en eau, la plasticité des selles et la fréquence de l'exonération⁸. C'est pourquoi leur consommation est particulièrement recommandée en cas de constipation.

Dans la pratique, on distingue deux types de fibres alimentaires en fonction de leur solubilité : les fibres solubles et insolubles, présentes en proportions variables dans les aliments contenant des fibres.

Les fruits frais et les légumes secs (haricots, lentilles, pois chiches), l'avoine, l'orge, constituent de bonnes sources de fibres solubles, tandis que les céréales complètes (blé, seigle) et le pain complet sont riches en fibres insolubles.

VALEURS EN FIBRES ALIMENTAIRES POUR 100 G (POIDS FRAIS)⁶

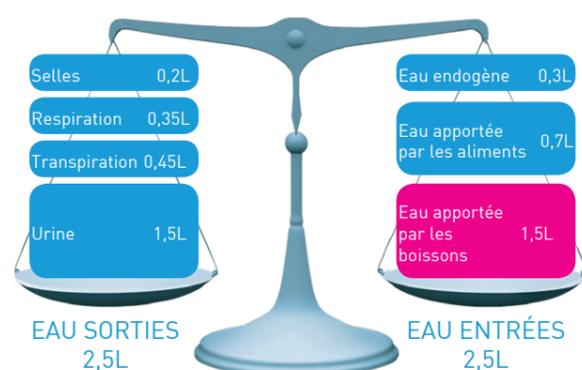
Légumes		Produits céréaliers	
Artichaut	5 g	Farine complète	11 g
Carotte	2 g	Germe de blé	14 g
Chou	3 g	Pain complet	6 g
Coriandre graine	42 g	Pain blanc	3 g
Épinard cuit	3 g	Pain intégral	6 g
Mâche	2 g	Riz blanc	1 g
Persil	4 g	Riz complet	2 g
Petits pois cuits	6 g		
Poireaux	4 g		
Soja	3 g		
Fruits secs oléagineux		Fruits frais	
Amandes	14 g	Figes fraîches	2 g
Cacahuètes	6 g	Fraises	2 g
Dattes	8 g	Framboises	7 g
Figes sèches	12 g	Groseilles	7 g
Noix de coco sèches	15 g	Pêches	3 g
Pruneaux	6 g	Poires avec peau	3 g
Raisins secs	3 g	Pommes avec peau	2 g

Il est à noter que les aliments riches en fibres ont un apport énergétique variable. À titre d'exemple, 100 g de cacahuètes apportent 636 kcal tandis que 100 g de chou vert n'en apportent que 20,3, soit 15 fois moins d'énergie pour la même quantité de fibres. Cet élément est à prendre en compte en cas de surpoids ou d'obésité du patient.⁹

ZOOM SUR L'HYDRATATION OPTIMALE

Il est également nécessaire d'avoir des apports hydriques suffisants. De fait, il est recommandé d'apporter 2 L d'eau par jour pour les femmes et 2,5 L pour les hommes par l'alimentation et les boissons afin d'équilibrer la balance hydrique¹⁰.

Si la majorité de l'eau consommée est absorbée et utilisée par l'organisme, une partie arrive néanmoins jusqu'au colon où elle permet d'hydrater les selles, contribuant aussi au bon fonctionnement du transit: il a ainsi été démontré qu'un apport insuffisant en eau pouvait entraîner une diminution de la fréquence et du volume des selles¹¹ et à l'inverse, qu'une consommation d'eau d'1,5 à 2 litres par jour, associée à une alimentation riche en fibres augmente la fréquence et le volume des selles de patients constipés¹².



LA SOLUTION HÉPAR®

Hépar® est une eau minérale naturelle sulfatée, calcique et magnésienne découverte par Louis Bouloumié en 1873. Reconnue deux ans plus tard par l'Académie française de médecine pour ses bienfaits purgatifs, elle est depuis prescrite aux thermes en cure de boisson notamment pour le traitement d'affections digestives.

Plus récemment, ses bienfaits laxatifs ont été observés chez les nourrissons présentant une constipation primaire¹³. En 2012, une étude a été menée sur une population de femmes¹⁴ souffrant de constipation fonctionnelle définie par les critères de Rome III. La consommation d'1L d'Hépar® par jour durant une à deux semaines s'est révélée être un traitement efficace dans l'amélioration de leur transit intestinal en réduisant leur constipation. Ce bénéfice était maintenu jusqu'à la 4^{ème} semaine de traitement. La consommation d'Hépar® est par ailleurs apparue particulièrement efficace chez les patientes dont la constipation était associée à de fortes douleurs abdominales. Enfin, l'étude a confirmé que les effets secondaires que peut occasionner la consommation d'Hépar® sont rares et mineurs.

L'eau minérale naturelle Hépar® est donc une solution naturelle à privilégier dans le cadre de la constipation fonctionnelle avant d'initier un traitement médicamenteux.

Minéralisation d'Hépar® en mg/L: Résidu sec à 180 °C: 2513 / Sulfate: 1530 / Calcium: 549 / Magnésium: 119 / Bicarbonate: 383,4 / Chlorure: 18,8 / Sodium: 14,2 / Potassium: 4,1 / Nitrate: 4,3 / Fluor: 0,4



AU MOINS L'ÉQUIVALENT DE 30 MINUTES DE MARCHÉ RAPIDE PAR JOUR^{2,15}

Une activité physique soutenue n'a pas fait ses preuves en termes d'amélioration du transit. Il est toutefois important de rappeler à vos patients que, dans le cadre général d'une amélioration de la qualité de vie, il est recommandé de pratiquer l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour.

Voici quelques exemples d'activité physique à conseiller en fonction de leur intensité :

Intensité	Exemples d'activités	Durée recommandée
Faible	Marche lente	45 minutes
	Laver la vaisselle, repasser, faire la poussière	
	Bricolage, entretien, mécanique	
	Arroser le jardin	
Modérée	Pétanque, billard, bowling, tennis de table, frisbee, voile, badminton, golf	30 minutes
	Marche rapide (d'un bon pas)	
	Laver la voiture ou les vitres	
	Passer l'aspirateur	
	Jardinage léger, ramassage des feuilles	
	Aérobic	
Élevée	Danse de salon	20 minutes
	Vélo ou natation « plaisir », aquagym, ski alpin	
	Marche avec dénivelés, randonnée en moyenne montagne	
Élevée	Bêcher, déménager	20 minutes
	Jogging, VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, volley-ball (et la plupart des jeux de ballon collectifs), sport de combat, tennis, squash, escalade	

En cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques, différents traitements peuvent être proposés :

- Des laxatifs, en pratique on distingue les laxatifs oraux dont il existe plusieurs classes et les laxatifs par voie rectale (suppositoires ou lavements) ;
- Une rééducation périnéale par biofeedback, méthode comportementale reposant sur la prise de conscience et la compréhension du trouble défécatoire et ayant pour objectif de susciter une modification volontaire des troubles de la sensibilité ou de la motricité ;
- Un traitement chirurgical (d'un rectocèle ou d'un prolapsus rectal associé à la constipation) peut parfois être recommandé après échec des traitements médicaux et du biofeedback.

POUR EN SAVOIR PLUS

NESTLÉ

www.nestlenutrition-institute.org
www.nutripro.nestle.fr

SOCIÉTÉ NATIONALE FRANÇAISE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
<http://www.snfge.asso.fr/index.asp>

SOURCES

1. World Gastroenterology Organisation. Constipation : une approche globale. Novembre 2010.
2. Zeitoun JD, De Parades V. Constipation chronique de l'adulte. Presse Med 2013 [Epub ahead of print].
3. Suares NC et al. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2011 ; 106(9):1582-91.
4. Piche T. Constipation sévère. Post'U 2011 ;75-84.
5. Tack J. et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective. Neurogastroenterol Motil. 2011 ; 23:697-710.
6. Russo M et al. Stool consistency, but not frequency, correlates with total gastrointestinal transit time in children. J Pediatr 2013 [Epub ahead of print].
7. Rao SS, Go GT. Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. Clin Interv Aging 2010 ; 5:163-71.
8. Afssa. Apports nutritionnels conseillés pour la population française. 3e édition. Coordonateur Ambroise Martin. 2001.
9. Anses. Table Ciquel 2012.
10. EFSA. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. EFSA Journal 2010 ; 8(3):1459.
11. Klauser AG and coll. Low fluid intake lowers stool output in healthy male volunteers. Gastroenterol, 1990 Nov ; 28 (11) : 606-9.
12. Anti M. Water supplementation enhances the effect of high fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. Hepato-gastroenterology 45, 1998.
13. Constant F, Morali A, Arnaud M, et al. Treatment of idiopathic constipation in infants: comparative and randomized study of two mineral waters (60 cases). J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999;28:551.
14. Dupont C, Hebert G, Constant F, Campagne A. Efficacy and safety of a natural mineral water in female constipation: a randomized double blind placebo clinical trial. ESPEN proceedings; 2013.
15. PNNS. Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. 2005.

