

Constipation du sujet âgé : quelles spécificités ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 2097-100

M.-C. Jacques

Dr Marie-Claire Jacques
Service de gériatrie
Département de médecine interne,
réhabilitation et gériatrie
Hôpital des Trois-Chêne
3, chemin du Pont-Bochet
1226 Thônex
marie-claire.jacques@hcuge.ch

Constipation in the elderly, which specificities?

Although constipation is very common in the geriatric population of both sexes, its importance is often underestimated as older people complain less frequently of rare stools compared to younger adults. The diagnostic approach includes an assessment of risk factors and associated pathologies specific to old age. The initial treatment is conservative, behavioral and pharmacological, in the absence of signs of severity. In case of initial treatment failure, investigations or specialized treatment will depend on individual situations.

Bien que la constipation soit très répandue dans la population gériatrique des deux sexes, son importance est souvent sous-évaluée, les sujets âgés se plaignant moins fréquemment que les adultes de selles rares. La démarche diagnostique comprend une évaluation des facteurs de risque et des pathologies spécifiques au grand âge qui y sont généralement associés. Le traitement initial est de règle conservateur, comportemental et pharmacologique, en l'absence de signe de gravité. En cas d'échec, le recours à des investigations ou à un traitement spécialisé se discute individuellement.

L'ÂGE COMME FACTEUR DE RISQUE ?

La constipation est un problème de santé fréquent à l'âge adulte, avec des prévalences allant de 2 à 27%, mais se situant plutôt aux environs de 16%.¹ Dans la population âgée de la communauté, la prévalence varie de 23 à 55% et atteint près de 80% des sujets vivant en milieu de long séjour.²

Au cours du vieillissement, l'appareil digestif présente des altérations structurelles et fonctionnelles qui influent peu sur

les fonctions de sécrétion et d'absorption, en raison de la très grande réserve fonctionnelle, mais qui ont un possible impact sur les fonctions motrices gastro-intestinales.³

Le côlon assure principalement une fonction de brassage, de stockage et de transport des fèces tandis que le rectum et l'appareil sphinctérien, composé des sphincters anaux interne et externe et des muscles releveurs de l'anus, assurent la continence et la défécation.

La littérature fait largement état de modifications anatomiques et fonctionnelles colorectales et de leur lien de causalité possible avec les troubles de l'exonération du sujet âgé. Le péristaltisme colique est altéré avec une incoordination des contractions coliques et des ondes propulsives moins efficaces, possiblement en lien avec une diminution du nombre de neurones des plexus myentériques et une réponse altérée à certains neurotransmetteurs (Ach, NO). La diminution de compliance et de sensibilité de l'ampoule rectale est de même bien décrite.^{4,5}

Le temps de transit gastro-intestinal n'est pas modifié de manière significative dans le vieillissement normal, hormis le temps de transit colique qui peut être prolongé, avec toutefois un grand degré de variabilité interindividuelle.⁶

Le vieillissement colorectal explique partiellement l'incidence augmentée de la constipation au grand âge. Des facteurs de risque et déclenchant y sont associés. Il s'agit de syndromes spécifiquement gériatriques comme les troubles cognitifs, les troubles de la mobilité et la polymédication, ou de pathologies fréquentes à l'âge avancé ou ayant évolué depuis suffisamment longtemps pour occasionner des effets secondaires colique et anorectal (tableaux 1 et 2).⁷⁻¹¹

LA CONSTIPATION: UNE QUESTION DE POINT DE VUE ?

Pour le praticien, la constipation est souvent un problème de fréquence des selles (< 3 fois par semaine) alors que les patients se plaignant d'être constipés



Tableau 1. Facteurs de risque de constipation

Endocrinopathies et troubles métaboliques

- Diabète
- Hyperparathyroïdie, hypercalcémie
- Hypothyroïdie
- Hypokaliémie
- Urémie

Maladies neurologiques

AVC, maladie de Parkinson, syndromes extrapyramidaux et dysautonomiques, démence

Psychopathologies

Etat dépressif, état anxieux

Habitudes et style de vie

- Régime pauvre en fibres
- Apport hydrique insuffisant
- Apport calorique faible
- Inactivité physique

ont d'autres symptômes, en sus de la rareté des selles. La consistance dure des selles, les efforts de poussée et les douleurs lors du passage de la selle sont souvent évoqués et, chez une proportion importante de sujets, la prise de laxatifs est synonyme de constipation. Avec l'avancée en âge, ces symptômes gênants ou douloureux ont tendance à prendre plus d'importance que la rareté des exonérations.^{12,13} Différentes conférences de consensus portant sur les difficultés d'interprétation des symptômes de constipation ont permis d'établir des critères diagnostiques précis et exhaustifs, connus sous le nom de critères de Rome III (tableau 3).¹⁴

APPROCHE INITIALE

L'anamnèse précise les circonstances de survenue des troubles et leur décours. L'évaluation gériatrique dépiste les facteurs de risque associés. L'examen clinique ne pose pas de difficulté puisqu'il s'agit d'un toucher rectal en décubitus latéral gauche qui reste praticable même chez un sujet très invalidé (tableau 4).¹⁵

En l'absence d'anomalie anatomique évidente ou de signes évocateurs d'une occlusion ou d'une maladie tumorale, ou encore d'antécédents significatifs (chirurgie ou radiothérapie du petit bassin), le traitement est d'emblée conservateur. Les objectifs principaux sont de normaliser le transit et la consistance des selles et d'assurer la vacuité de l'ampoule rectale entre deux exonérations.

Tableau 2. Médicaments pouvant entraîner une constipation

Médicaments sur ordonnance	Médicaments en vente libre
<ul style="list-style-type: none"> • Antiépileptiques • Antihistaminiques • Antiparkinsoniens • Neuroleptiques • Antispasmodiques • Inhibiteurs des canaux calciques • Diurétiques • Opiacés • Sympathomimétiques • Antimuscariniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Antiacides (avec aluminium, calcium) • Antidiarrhéiques • Supplémentation en calcium et en fer • Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Tableau 3. Constipation: critères de Rome III¹⁴

Les critères de Rome III sont:

1. au moins 2 critères parmi les suivants, de manière durable ou intermittente, durant plus de 25% du temps et pendant au moins 3 mois au cours des 6 mois écoulés:
 - forte pression nécessaire pour l'exonération des selles
 - selles dures ou fractionnées
 - sensation d'exonération de selles incomplète
 - sensation d'obstruction/blocage ano-rectal
 - nécessité de manœuvres manuelles pour faciliter l'exonération de selles (évacuation à l'aide des doigts, soutien du périnée)
 - moins de 3 exonérations de selles par semaine
 2. pas d'évacuation de selles molles sans laxatifs
 3. pas de syndrome du côlon irritable
- Il faut satisfaire aux 3 points.

Les sujets qui présentent une stase rectale sont traités par laxatifs et les facteurs de risque de constipation sont recherchés et corrigés. En présence d'un fécalome, on doit généralement associer extraction manuelle et lavements et prévenir activement la récurrence par un traitement laxatif régulier et des touchers rectaux de contrôle.¹⁶

Les laxatifs sont habituellement classés selon leur mode d'action. Leur efficacité a fait l'objet de nombreuses études mais leurs résultats sont à interpréter avec prudence en raison du nombre limité de patients âgés inclus et des résultats mesurés (tableau 5).¹⁷

Il est généralement recommandé de prescrire des mucilages (laxatifs de lest) en première intention puis, en cas d'échec, d'utiliser une association de deux laxatifs de mode d'action différent, mucilage et laxatifs stimulants ou laxatif osmotique et laxatif stimulant. On peut s'aider de l'échelle de Bristol pour juger de l'efficacité du traitement (figure 1).¹⁸

De nouveaux laxatifs (tableau 5), de mode d'action différent, sont disponibles sur le marché depuis quelques années. Actuellement, ils sont plutôt réservés à des constipations opiniâtres ou des situations particulières.

Le prucalopride, qui est un dérivé dihydrobenzofurancarboxamide, est un agoniste sélectif du récepteur 5HT4. Contrairement à d'autres agonistes de même classe thérapeutique, il n'a pas d'effet indésirable cardiovasculaire. Son efficacité sur le péristaltisme a été démontrée, également dans des populations âgées de long séjour, et il peut

Tableau 4. Points importants de l'anamnèse et de l'examen clinique

Anamnèse	Examen clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Début des symptômes • Fréquence des exonérations • Consistance des selles • Symptômes accompagnant l'exonération • Fréquence des épisodes incontinents • Circonstances de survenue de l'incontinence: défécation impérieuse, non ressentie, consistance des selles • Importance des pertes: souillage du linge, volume plus important • Prise de laxatifs ou de constipants 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermite périnéale • Hémorroïdes • Prolapsus • Tonus sphinctérien • Contenu de l'ampoule rectale • Rectocèle • Force du muscle puborectal



Tableau 5. Efficacité des laxatifs dans la constipation

DCI: dénomination commune internationale.

Classes	Noms DCI	Noms commerciaux	Niveaux de recommandation et degrés d'évidence
Laxatifs de lest	• Psyllium • Son	• Metamucil	• Niveau III, grade B • Niveau III, grade C
Laxatifs osmotiques	• Polyéthylène glycol • Lactulose	• Movicol • Duphalac	• Niveau I, grade A • Niveau II, grade B
Laxatifs stimulants	• Bisacodyl • Picosulphate de sodium • Séné	• Prontolax, Dulcolax • Laxoberon • Pursennid	• Niveau II, grade B • Niveau II, grade B • Niveau III, grade C
Agoniste des récepteurs 5-HT4 sérotonine	• Prucalopride	• Resolor	• Niveau I, grade A
Activateur des canaux chlore cellulaires	• Lubiprostone	• Amitiza	• Niveau I, grade A
Agoniste de la guanylate cyclase de type C (GCC)	• Linaclotide	• Constella	• Niveau II, grade B
Antagoniste des récepteurs opioïdes	• Méthylnaltrexone	• Relistor	• Niveau I, grade A

donc être prescrit chez la personne âgée avec une atteinte modérée de la fonction rénale.

Le lubiprostone est un acide gras bicyclique qui active les canaux chlore de type 2 des cellules épithéliales, provoquant une sécrétion de chlore et d'eau dans la lumière. Le lubiprostone augmente significativement le péristaltisme, améliore la consistance des selles et réduit les efforts de poussée. Le médicament peut être prescrit aux plus de 65 ans.

Le linaclotide est un agoniste du récepteur guanylate cyclase C qui stimule la sécrétion d'eau et le péristaltisme.

Il diminue également les douleurs abdominales et a une efficacité assez bien prouvée dans le traitement de l'intestin irritable avec constipation.

La méthylnaltrexone est un antagoniste des récepteurs opioïdes- μ périphériques. Il ne passe pas la barrière hémato-encéphalique et n'antagonise pas l'effet antalgique central des opiacés. Son usage est actuellement réservé au traitement de la constipation induite par les opiacés avec une efficacité démontrée. Il n'existe que sous forme injectable, ce qui en limite éventuellement l'emploi.

Des mesures non pharmacologiques sont également proposées, incluant des aménagements visant à respecter l'intimité et le rythme de la personne, un régime riche en fibres, une hydratation suffisante et une activité physique quotidienne telle que la marche. Ces mesures, dont l'efficacité n'est pas toujours prouvée, reposent sur le constat que les mouvements péristaltiques de masse surviennent généralement après un repas ou un exercice physique d'une part, et que d'autre part, l'exonération de fèces de grand volume et bien hydratées est facilitée. L'apport de fibres alimentaires est souvent problématique puisque la dose nécessaire est évaluée à 30 g par jour alors que la plupart des aliments n'en contiennent pas plus de 4 g par 100 g.¹⁹

EN CAS D'ÉCHEC DE L'APPROCHE INITIALE, QUELLES INVESTIGATIONS ET QUELS TRAITEMENTS?

En cas d'échec du traitement conservateur, la question d'un diagnostic étiologique précis est ouverte, la réponse dépendant de l'état général et fonctionnel du patient ainsi que des ressources médicales à disposition.

Il convient de préciser les types de constipation, sachant qu'ils peuvent coexister au cours du temps. Il en existe trois: la constipation à transit colique normal dite fonctionnelle, la constipation à transit colique lent idiopathique ou secondaire (tableaux 1 et 2) et la constipation «terminale» liée à une dysfonction abdomino-pelvienne, celle-ci correspondant à un défaut de relaxation du sphincter anal et des muscles



Figure 1. Carte de Bristol¹⁸



du plancher pelvien lors de la poussée abdominale évacuatrice.

Les investigations comprennent les techniques d'imagerie colique et anorectale et des études dynamiques de la fonction colique, anorectale et sphinctérienne.

Les examens endoscopiques sont en pratique facilement disponibles et généralement réalisables même chez le sujet âgé fragile.

La manométrie anorectale ainsi que les tests d'expulsion du ballonnet rectal ont été largement décrits mais leur utilisation peut être problématique pour des raisons de disponibilité et de faisabilité, ainsi que d'un manque de standardisation.

Le temps de transit colique peut être analysé par radiomarqueurs avec un apport diagnostique souvent modeste en raison du manque de standardisation de la technique et de la variabilité des résultats.

La constipation à transit lent, segmentaire ou pancolique est opérée par colectomie partielle ou totale en dernier ressort mais c'est surtout la technique non invasive du *bio-feedback*, dont l'efficacité a bien été prouvée dans le traitement de la constipation, qui mérite d'être proposée à des sujets âgés motivés et préservés sur les plans cognitif et fonctionnel.²⁰

CONCLUSION

La prise en charge de la constipation du sujet âgé ne doit pas se limiter à la prescription systématique de laxatifs.

Une approche rationnelle de ces troubles implique une évaluation globale soigneuse de la personne et la réévaluation régulière des traitements et mesures. L'objectif principal est le plus souvent de préserver ou de restaurer le transit intestinal et de maintenir une qualité de vie acceptable chez des sujets fragiles. ■

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Les sujets âgés constipés se plaignent davantage de difficultés d'exonération que de la rareté des selles
- > Le vieillissement colique et anorectal participe à l'apparition ou à l'aggravation des troubles de l'exonération mais sont essentiellement en cause des facteurs de risque spécifiquement gériatriques tels que les troubles de la mobilité et les troubles cognitifs ainsi que des effets secondaires médicamenteux
- > Le traitement de la constipation est avant tout conservateur et fondé sur la normalisation de la vitesse du transit et de la consistance des selles
- > Les laxatifs sont généralement utilisés en association, selon leur mode d'action, et leur efficacité devrait être évaluée systématiquement

Bibliographie

- 1 Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, et al. American gastroenterological association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 2013;144:211-7.
- 2 * Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, et al. Bowel habit in relation to age and gender. *Arch Intern Med* 1996; 156:315-20.
- 3 * Salles N. Basic mechanisms of the aging gastrointestinal tract. *Dig Dis* 2007;25:112-7.
- 4 Siegfried WB, Rao SSG. Anorectal physiology and pathophysiology in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2014; 30:95-106.
- 5 ** Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, et al. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol* 2012;107:18-25.
- 6 Madsen JL, Graff J. Effects of ageing on gastrointestinal motor function. *Age Ageing* 2004;33:154-9.
- 7 Talley NJ, Jones M, Nuyts G, et al. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *AJG* 2003;98:1107-11.
- 8 Bouras EP, Tangelos EG. Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterol Clin N Am* 2009;38:463-80.
- 9 * Spinzi G, Amato A, Imperiali G, et al. Constipation in the elderly management strategies. *Drugs Aging* 2009;26:469-74.
- 10 Spinzi GC. Bowel care in the elderly. *Dig Dis* 2007; 25:160-5.
- 11 Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, 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;31:125-35.
- 12 Walter S, Hallböök O, Gotthard R, et al. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: Prevalence of faecal incontinence and constipation. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:911-6.
- 13 Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, et al. How do older persons define constipation? *J Gen Int med* 1997;12:63-6.
- 14 Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130: 1480-91.
- 15 World Gastroenterology Organisation global guidelines. Constipation: une approche globale. Novembre 2010.
- 16 Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation a European perspective. *Neurogastroenterol Motil* 2011;23:697-710.
- 17 Singh S, Rao SSC. Pharmacologic management of chronic constipation. *Gastroenterol Clin N Am* 2010; 39:509-27.
- 18 Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:920-4.
- 19 ** Rao SSC, Go JT. Update on the management of constipation in the elderly: New treatment options. *Clin Interv Aging* 2010;5:163-71.
- 20 Solan P, Davis B. Anorectal anatomy and imaging techniques. *Clin N Am* 2013;42:701-12.

* à lire

** à lire absolument