

CONSTIPATION ET TROUBLES DE LA CONTINENCE FÉCALE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

C. VAN KEMSEKE (1)

RÉSUMÉ : Les troubles de la fonction anorectale (constipation et incontinence fécale) sont très fréquents chez les sujets âgés. L'évaluation globale du patient avec son histoire médicale, ses comorbidités, ses traitements, mais aussi son environnement social et sa dépendance physique est, plus que jamais, nécessaire dans cette population à haut risque pour orienter l'exploration et la prise en charge de ces troubles.

MOTS-CLÉS : *Constipation - Incontinence fécale - Sujets âgés*

CONSTIPATION AND FECAL INCONTINENCE IN THE ELDERLY

SUMMARY : Alterations of anorectal functions (constipation and fecal incontinence) are very frequent in the elderly. The patient's global evaluation with his past medical history, comorbidities, medications, as well as social environment and physical dependence, is more than ever necessary in this high risk population to guide the explorations and the medical care of these disorders.

KEYWORDS : *Constipation - Fecal incontinence - Elderly*

INTRODUCTION

Les troubles de la fonction anorectale sont très fréquents chez les sujets âgés. Ils s'étendent de l'incontinence fécale à la constipation chronique en passant par l'asynergie abdominopérinéale (anisme) et l'impaction fécale (fécalome) avec incontinence par regorgement. Les spécificités de ces troubles chez les sujets âgés sont leur haute fréquence, l'importance des facteurs de risque et la perte d'autonomie.

DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

En accord avec les critères de Rome, la constipation chronique est définie par une diminution de la fréquence des selles (< 3 émissions par semaine), par la présence de selles dures ou par des troubles dyschésiques (efforts de poussée importants, sensations d'exonération incomplète, manœuvres digitales) durant plus de 25% du temps et pendant au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois écoulés. Sa prévalence chez les sujets âgés est habituellement évaluée entre 24 et 50%. Des laxatifs sont utilisés couramment chez 74% des résidents en maison de repos (1). La continence fécale est la capacité de percevoir, retenir ou évacuer le contenu fécal aux temps et lieu choisis. L'incontinence fécale est définie par la perte de cette fonction (incontinence aux gaz, aux selles liquidiennes ou pour des selles de consistance normale). Elle est largement passée sous silence et affecte jusqu'à 20% des sujets âgés vivant en communauté et jusqu'à 50% des sujets vivant en maison de repos (2). L'incontinence fécale est souvent associée à une incontinence urinaire et ces deux symptômes doivent donc être conjointement recherchés.

PHYSIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DÉFÉCATION

Le rectum constitue un réservoir pour les selles, mais il est, la plupart du temps, vide. L'anus est maintenu fermé par l'appareil sphinctérien (à savoir : le sphincter anal interne (SAI), lisse, sous dépendance du système nerveux entérique involontaire et le sphincter anal externe (SAE), strié, volontaire, dépendant du nerf pudendal) et la sangle (puborectale) des releveurs. Quand les selles passent du sigmoïde au rectum, la paroi rectale se distend, ce qui déclenche une relaxation réflexe du SAI (réflexe recto-anal inhibiteur) et une contraction réflexe du SAE pour assurer la continence. Lors de la perception du besoin lié au remplissage rectal, le sujet peut décider de différer la défécation en contractant le SAE ou, au contraire, de déclencher celle-ci par une relaxation volontaire du SAE et du puborectal (ouvrant l'angle anorectal) et une augmentation de la pression abdominale par contraction de la sangle abdominale (effort de poussée) profitant ainsi de la contraction colique propulsive. Même si certaines anomalies de la fonction et de la structure neuronale entérique en rapport avec l'âge ont été démontrées (perte de neurones entériques, majoration de la distribution de l'élastine et du collagène dans les plexus myentériques), les fonctions gastro-intestinales sont généralement bien préservées avec l'âge, avec un temps de transit intestinal et une motricité colique identiques chez les sujets âgés en bonne santé et les sujets jeunes (3). Des facteurs extrinsèques (diète, immobilité, comorbidités, médicaments, lésions sphinctériennes obstétricales, périnée descendant) influencent la motilité intestinale plus que l'âge.

(1) Chef de Clinique, Service de Gastroentérologie, CHU de Liège.

CONSTIPATION

La constipation, chez le sujet âgé, peut être liée à une dysfonction colorectale primaire, ou secondaire à différents facteurs (tableau I). Dans cette population, toutefois, la constipation est souvent multifactorielle. Elle peut être divisée en trois sous-types : constipation de transit, constipation terminale et, moins habituel chez le sujet âgé, syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante. La constipation de transit est caractérisée par un délai prolongé de transit sur toute la longueur du côlon. Cela peut être dû à un dysfonctionnement primaire de la musculature colique lisse (myopathie) ou de l'innervation neuronale (neuropathie).

CAUSES

La cause la plus fréquente de constipation de transit est toutefois l'apport alimentaire pauvre en fibres entraînant une diminution de la distension luminale (apport alimentaire en fibres = facteur important du poids de selles, de leur fréquence et du temps de transit colique). La constipation terminale se caractérise par une difficulté à expulser les selles de l'anorectum (dyschésie). Elle témoigne d'un dysfonctionnement au niveau anorectal (échec de la coordination recto-anale par contraction rectale inadéquate, contraction anale paradoxale ou relaxation anale inadéquate = asynergie abdomino-périnéale) et peut être associée à des troubles de la statique pelvienne (syndrome du périnée descendant, rectocèle, prolapsus rectal). La distinction constipation de transit/constipation terminale n'est toutefois pas si stricte, ces deux entités s'influençant respectivement.

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

La première étape dans la prise en charge d'une constipation chez un sujet âgé est d'exclure une cause secondaire. A l'anamnèse, on reprendra bien sûr l'histoire de survenue de la constipation et sa durée. L'existence de symptômes d'alarme (rectorragies, test hemoccult positif, symptômes d'obstruction, constipation d'apparition récente et aiguë, constipation sévère résistant au traitement, perte de poids, modification du calibre des selles, histoire familiale de cancer colique, antécédent de maladie inflammatoire digestive) sera activement recherchée. Les facteurs de risque comme l'immobilité, les affections médicales chroniques ainsi que les différents médicaments pris, seront également revus. Des problèmes concomitants psychosociaux comme l'isolement social, une ration calorique journalière faible ou

TABEAU I. PRINCIPALES CAUSES DE CONSTIPATION SECONDAIRE

Causes	Exemples
Médicamenteuse	antalgiques (opioïdes, tramadol, AINS), antidépresseurs tricycliques, antagonistes calciques, agents anti-parkinsoniens, anti-épileptiques, fer, anti-acides (sels de calcium), neuroleptiques,...
Endocrinienne ou métabolique	diabète, hypothyroïdie, hypercalcémie, hypokaliémie, insuffisance rénale chronique, insuffisance surrénalienne, ...
Neurologique	maladie de Parkinson, paraplégie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, neuropathie autonome, pseudo-obstruction chronique intestinale, lésions de la moëlle épinière, ...
Myogène	sclérodermie, amyloïdose, pseudo-obstruction intestinale chronique, ...
Organique	cancer colorectal, masse extra-intestinale, sténose post-diverticulite, ischémique ou chirurgicale,...
Anorectale	fissure anale, sténose anale, maladie inflammatoire intestinale, proctite, rectocèle, syndrome du périnée descendant
Autre	diète pauvre en fibres, déshydratation, dépression, immobilité,...

la perte d'indépendance seront également notés. L'examen clinique recherchera évidemment une masse abdominale, mais nécessitera également un examen anal (recherche, par exemple, d'une fissure anale ou de pathologies périnéales tels périnée descendant, rectocèle, prolapsus rectal...), un toucher anal et rectal pour rechercher des selles intra-rectales, un fécalome ou une masse, une évaluation du tonus anal au repos, lors des efforts de contraction et de défécation, un test de la sensibilité périnéale et une recherche du réflexe cutané-anal (4).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En présence de symptômes ou signes d'alarme, les premières explorations comprendront généralement des tests de laboratoire (formule hémoleucocytaire, CRP, glycémie, créatininémie, calcémie et tests thyroïdiens) et

une exploration colique (colonoscopie le plus souvent si pas de contre-indication) permettant la visualisation directe du côlon à la recherche de lésions de la muqueuse (par exemple : ulcère solitaire du rectum, inflammation, néoplasie). S'il existe une forte suspicion clinique de fécalome et que le toucher rectal est normal, une radiographie d'abdomen à blanc permettra de confirmer ou d'exclure cette hypothèse. En l'absence de symptômes ou de signes d'alarme, un test thérapeutique comprenant des modifications diététiques (apports adéquats en fluides, apports diététiques en fibres à 20-30 g/j) et de style de vie (exercice, éducation du patient à se présenter à la selle régulièrement) sera tenté en première intention (5). Les tests spécialisés de la fonction colorectale (temps de transit colique et manométrie anorectale) peuvent être utiles pour définir la physiopathologie, mais sont généralement réservés aux patients avec constipation chronique ne répondant pas à ce test thérapeutique et aux traitements par laxatifs doux. L'établissement d'un temps de transit colique consiste en l'absorption orale de marqueurs radio-opaques et la réalisation d'une radiographie d'abdomen à blanc quelques jours plus tard (différentes techniques existent) pour évaluer non seulement le nombre total de marqueurs, mais aussi leur répartition au niveau des différents segments coliques. Bien que dispo-

nible largement, ce test reste d'un intérêt limité chez le sujet âgé, un chevauchement important existant entre constipation de transit et constipation terminale. La manométrie anorectale (fig. 1) permet la mesure des pressions de l'anus et du rectum, mais donne également des informations sur la sensibilité rectale, les réflexes recto-anaux et la compliance rectale. Cet examen dynamique sera réalisé au repos, mais aussi lors d'efforts de contraction et d'efforts de poussée (tonus anal de repos, durée et amplitude des contractions volontaires, pression anorectale lors des efforts de poussée) et nécessite donc la collaboration du patient. Ce test est particulièrement utile en cas de suspicion de constipation terminale. Enfin, la manométrie anorectale permet également une étude de la sensibilité rectale avec mesure des seuils de perception consciente/constante et du volume maximal toléré. Un test d'expulsion du ballonnet, par insertion d'un ballonnet rempli de 50 ml d'eau chaude, pourra également être réalisé au cours de la même procédure : l'incapacité à expulser ce ballon dans la minute est hautement suggestif d'une asynergie. Une défécographie ou déféco-IRM sera habituellement réservée aux causes suspectées amenant à une possible chirurgie (par exemple, rectocèle importante, prolapsus rectal). L'électromyogramme anal est également plutôt réservé au bilan préopératoire.

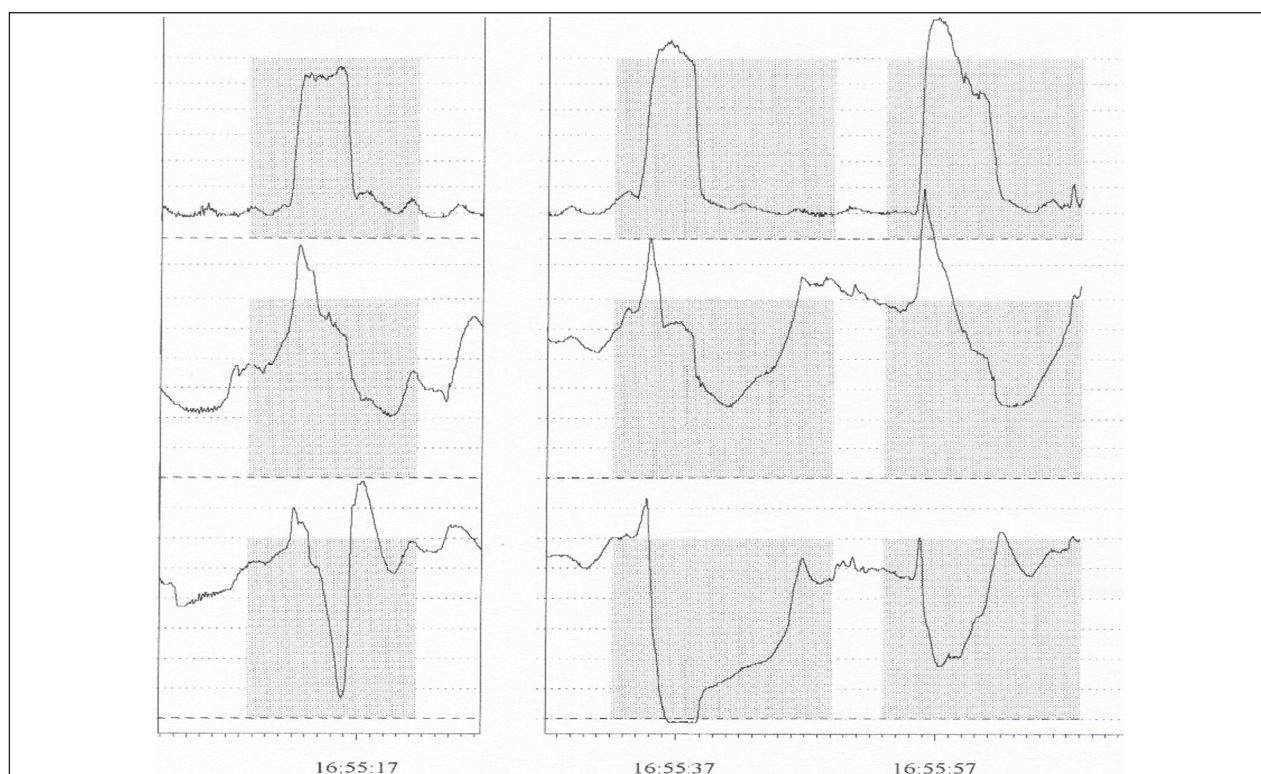


Figure 1. Tracé de manométrie anorectale normale lors d'un effort de poussée (trois efforts de poussée consécutifs) montrant une augmentation de la pression rectale (tracé du haut) qui s'associe à un relâchement des sphincters interne (tracé du milieu = canal anal haut) et externe (tracé du bas = canal anal bas).

*PRISE EN CHARGE**Mesures générales et diététiques*

Même si probablement utiles, des mesures générales comme l'augmentation des apports hydriques et des exercices physiques sont suggérées sans réelle évidence. Les patients doivent être encouragés à établir un schéma régulier de présentation à la selle. Des apports adéquats en fibres doivent être préconisés, comme signalé plus haut. Ils sont généralement estimés à 20-30 g/j.

Laxatifs

Les traitements laxatifs chez le sujet âgé doivent être individualisés en gardant en mémoire l'histoire médicale (comorbidités cardiaques ou rénales), interactions médicamenteuses, coût et effets secondaires (6). Les différentes classes utilisées sont les laxatifs de lest, les laxatifs osmotiques, les laxatifs stimulants et les laxatifs de contact. Les laxatifs de lest, comme le psyllium ou la gomme de sterculia, agissent par absorption d'eau et augmentation de la masse fécale (amélioration de la fréquence des selles et de leur consistance). Leur principal effet secondaire est le ballonnement. Leur apport impose une prise hydrique importante pour éviter les fécalomes. Les laxatifs osmotiques (lactulose, sorbitol, préparation à base de polyéthylène glycol [PEG]) agissent de façon progressive, sont efficaces et bien tolérés chez les sujets âgés. Leurs effets secondaires, surtout à hautes doses, sont : nausées, ballonnement, flatulences. Par contre, les laxatifs salins comme l'hydroxyde de magnésium devront être utilisés avec prudence vu le risque d'hypermagnésémie, surtout en cas d'insuffisance rénale. Les laxatifs stimulants (senné, bisacodyl, sodium picosulfate) affectent le transport d'électrolytes à travers la muqueuse intestinale et augmentent la motricité colique. Ils améliorent la constipation, mais peuvent causer des problèmes d'accoutumance. La sécurité à long terme des laxatifs stimulants n'est pas établie, même si leur mauvaise réputation est probablement injustifiée. Ils seront donc réservés à un usage aigu/intermittent ou à des situations spécifiques. Même s'ils sont largement utilisés, les suppositoires ou lavements ont une efficacité clinique limitée. Les suppositoires de glycérine ou de bisacodyl (Dulcolax®) peuvent être utilisés chez les sujets institutionnalisés en cas de troubles de l'évacuation pour améliorer la vidange rectale. Les lavements salins doivent être utilisés avec précaution

chez les sujets âgés, car ils peuvent induire des complications (hypotension, perte volumique, hyperphosphatémie, hypo- et hyperkaliémie, insuffisance rénale, ...). Le méthyl-naltrexone (Relistor®) est un antagoniste des récepteurs morphiniques périphériques. Il ne modifie pas l'effet antalgique, car il ne passe pas la barrière hémato-encéphalique. Il peut avoir un rôle dans la constipation liée aux morphiniques et l'iléus paralytique. Le prucalopride (Resolor®) est un antagoniste sélectif des récepteurs (5-HT₄) de la sérotonine. Il stimule la motricité colique. Ce traitement a prouvé son efficacité et sa bonne tolérance chez les sujets de plus de 65 ans. D'autres molécules, comme le lubiprostone, un acide gras bicyclique oral, et le linaclotide, un agoniste du récepteur de la guanylate cyclase C, ont montré une efficacité prometteuse mais ne sont pas commercialisées actuellement en Belgique.

Biofeedback

Le traitement par biofeedback est une méthode de rééducation non douloureuse et non invasive des troubles du plancher pelvien et de la musculature abdominale. Chez les patients avec dysfonction pelvienne, particulièrement asynergie abdomino-périnéale, ce traitement devrait être envisagé. Il apparaît supérieur aux laxatifs. Dans la mesure où il implique la coopération du patient, une évaluation individualisée de la capacité physique et mentale du sujet âgé est indispensable pour évaluer l'efficacité potentielle du biofeedback.

Chirurgie

Hormis la prise en charge éventuelle des troubles périnéaux (prolapsus rectal, rectocèle), la chirurgie pour constipation réfractaire aux traitements médicaux est rarement une option chez les sujets âgés en raison des comorbidités significatives associées. Les résultats de la colectomie subtotalaire avec anastomose iléorectale sont souvent décevants avec des effets secondaires à type de diarrhée, incontinence et occlusion.

INCONTINENCE FÉCALE

L'incontinence fécale est généralement multifactorielle chez le sujet âgé.

CAUSES

La cause de l'incontinence fécale n'est pas uniquement liée à la fonction anorectale puisque les quatre facteurs responsables de la

continence sont, bien entendu, la compétence des sphincters de l'anوس, la fonction de réservoir du rectum, la perception du besoin exonérateur (dépendant du système nerveux central et périphérique) et la consistance et le volume des selles (tableau II). On distingue trois sous-types cliniques d'incontinence fécale : l'incontinence passive (émission involontaire de selles ou de gaz sans besoin anticipatif), l'incontinence par urgence (fuite de matières fécales malgré un effort pour maintenir la continence) et le suintement fécal (fuites fécales involontaires suivant une exonération). Bien qu'il y ait un chevauchement important entre ces trois formes, la distinction clinique peut aider à l'établissement de l'étiologie et guider l'investigation et la prise en charge.

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

L'anamnèse rapportera la nature des pertes (gaz, liquides, solides), leur fréquence, les circonstances de survenue (absence ou non de sensation de besoin, urgences défécatoires ou incontinence passive, capacité de discrimination des gaz, selles liquides ou solides), mais aussi le port éventuel de garnitures, le retentissement social ainsi que les troubles de la mobilité qui peuvent également influencer la continence. On reprendra bien entendu les antécédents obstétricaux, proctologiques, chirurgicaux, neurologiques, métaboliques (diabète) ou d'irradiation pelvienne, mais aussi les médicaments, les troubles du transit, les troubles de la continence urinaire associés. L'examen clinique comprendra un temps abdominal et un examen périnéal/proctologique comme décrit dans l'évaluation de la constipation (cf. supra). Le toucher rectal sera particulièrement important pour exclure un fécalome qui est très fréquent chez les sujets institutionnalisés. Le fécalome sera responsable d'une incontinence par regorgement, de larges quantités de selles liquidiennes contournant le bolus impacté. Le traitement habituel du fécalome consistera en une extraction manuelle potentiellement sous sédation. Un traitement par PEG, à hautes doses (100 g/l d'eau) si nécessaire pendant 2-3 jours, a également démontré son efficacité. Un traitement laxatif préventif doit être maintenu pour éviter une récurrence ultérieure. Le toucher anorectal à l'effort de poussée permettra également de suggérer une asynergie abdomino-périnéale qui peut participer à un suintement anal par absence de vidange rectale complète lors de l'exonération.

TABEAU II. PRINCIPALES CAUSES D'INCONTINENCE FÉCALE

Causes	Exemples
Incompétence de l'appareil sphinctérien	déchirures obstétricales, hémorroïdectomie, dilatation anale, cure de fistules anales,...
Trouble de la compliance du réservoir rectal	rectite (maladie inflammatoire intestinale idiopathique, post-radique), séquelles de chirurgie colorectale, troubles périnéaux (prolapsus rectal, rectocèle, syndrome du périnée descendant,...)
Altération du besoin exonérateur	hyposensibilité rectale, atteinte neurologique centrale (AVC, tumeur, démence, sclérose en plaques...) et périphérique (diabète, neuropathie pudendale d'étirement)
Altération de la consistance/volume des selles	états diarrhéiques (maladie inflammatoire intestinale idiopathique, syndrome du côlon irritable, infections, médicaments,...) Selles dures avec fécalome, dyssynergie

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'histoire et l'examen clinique vont bien entendu orienter vers l'étiologie de l'incontinence fécale. Il est recommandé de réaliser une inspection distale du côlon par anoscopie et sigmoïdoscopie souple ou une colonoscopie totale éventuelle en cas de troubles du transit ou de symptômes d'alarme. La manométrie anorectale mesurera les pressions de repos, les contractions volontaires, la synergie abdomino-périnéale, les réflexes recto-anal inhibiteur et excitateur, ainsi que les troubles éventuels de la sensibilité rectale (cf. supra). L'échoendoscopie anorectale est la technique la plus simple et la moins invasive de diagnostic des lésions sphinctériennes externes et internes. Une lésion sphinctérienne interne s'accompagne généralement d'un tonus anal de repos bas, tandis qu'une lésion sphinctérienne externe est associée à des pressions de contraction basses. La défécographie a peu d'intérêt pour explorer l'incontinence fécale, hormis en cas de troubles périnéaux manifestes associés, en vue d'une chirurgie. De même l'électromyogramme anal ou la mesure de la latence terminale du nerf pudendal sont peu utiles au diagnostic, mais seront parfois réalisés en préopératoire.

PRISE EN CHARGE

Traitement médical

Le traitement médical a pour but une réduction de la fréquence et une amélioration de la consistance des selles. Des suppléments en fibres (surtout en cas de selles liquides) et

des traitements antidiarrhéiques (lopéramide) peuvent aider à raffermir la consistance des selles et améliorer, de fait, la continence. Des programmes de présentation à la selle ont montré une efficacité pour diminuer les épisodes d'incontinence chez les sujets institutionnalisés, particulièrement en cas de troubles de la mobilité ou d'altération des fonctions supérieures (7). Des mesures additionnelles (lavage régulier de la peau périnéale, crèmes protectrices) permettront d'améliorer l'hygiène et de diminuer les conséquences négatives potentielles de l'incontinence. Des tampons obturateurs anaux ont également été développés. Leur efficacité est limitée en raison essentiellement de leur tolérance limitée.

Biofeedback

Le biofeedback peut agir en améliorant les contractions volontaires des muscles du plancher pelvien, la capacité à percevoir la distension rectale et la coordination entre les différentes composantes motrices et sensibles de la fonction anorectale. Il est recommandé en cas de faiblesse sphinctérienne et/ou d'altération de la sensibilité rectale. Comme signalé plus haut, ce traitement requiert la participation du patient.

Chirurgie

Chez certains sujets sélectionnés, la chirurgie peut être envisagée en cas d'échec des mesures conservatrices et du biofeedback. Différentes techniques chirurgicales ont été décrites. En cas de lésion sphinctérienne simple, une réparation en paletot permettra une amélioration de la continence. Des techniques plus lourdes comme le sphincter artificiel et la graciloplastie dynamique ont également été développées, mais sont rarement proposées chez le sujet âgé en raison des comorbidités. Depuis quelques années, la neurostimulation sacrée par implantation d'une électrode de stimulation à travers le foramen sacré S3 a été développée. D'abord utilisée dans l'incontinence urinaire, elle présente des résultats intéressants dans l'incontinence anale, particulièrement en cas de troubles neurologiques; elle est, par ailleurs, moins invasive, mais est réservée aux centres spécialisés. En cas d'échec et de troubles de la continence non gérables, une colostomie peut, *in fine*, être proposée.

Des techniques expérimentales (radiofréquence, injections de matériaux au niveau anal) sont en cours de développement.

CONCLUSION

Les troubles de l'exonération (constipation, troubles de la continence fécale) sont fréquents chez le sujet âgé. Leur prise en charge implique l'identification des sujets à risque (antécédents de fécalome, handicap moteur, pathologie cérébrale, traitement morphinique ou neuroleptique,...), des mesures de dépistage (calendrier des selles) et des mesures préventives (hydratation, régime riche en fibres, sollicitation motrice, présentation régulière aux toilettes, laxatifs au long cours, si nécessaire). Une anamnèse soigneuse et un examen clinique avec toucher anorectal permettront, dans la majorité des cas, de suspecter une étiologie et donc, d'orienter les examens complémentaires et le traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LJ, et al.— Constipation in the elderly living at home. Definition, prevalence and relationship to lifestyle and health status. *J Am Geriatr Soc*, 1989, **37**, 423-429.
2. Johanson JF, Lafferty J.— Epidemiology of fecal incontinence : the silent affliction. *Am J Gastroenterol*, 1996, **91**, 33-36.
3. Yu S, Rao SS.— Anorectal physiology and pathophysiology in the elderly. *Clin Geriatr Med*, 2014, **30**, 95-106.
4. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, et al.— Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2010, **8**, 955-960.
5. Müller-Lissner S.— General geriatrics and gastroenterology : constipation and faecal incontinence. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2002, **16**, 115-133.
6. Rao SS, Go JT.— Update on the management of constipation in the elderly : new treatment options. *Clin Interv Aging*, 2010, **5**, 163-171.
7. Leung FW, Rao SS.— Fecal incontinence in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am*, 2009, **38**, 503-511.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr C. Van Kemseke, Service de Gastroentérologie, CHU de Liège, Belgique.
Email : cvankemseke@chu.ulg.ac.be