

Explorations utiles et inutiles d'une constipation chronique de l'adulte

➔ **Michel Dapoigny**

(✉) Médecine digestive, CHU Estaing, CHU Clermont-Ferrand, INSERM UMR 766, 63001 Clermont-Ferrand

Introduction

La constipation reste aujourd'hui encore un symptôme très fréquent, handicapant, négligé et bien souvent mal traité malgré une littérature très (peut-être trop !) abondante au cours des 10 dernières années. La constipa-

tion peut être l'expression d'une maladie organique et il faut toujours rester vigilant face à la banalité et à la fréquence de ce symptôme. Les étiologies sont multiples (Tableau I) et doivent être éliminées, mais dans plus de 90 % des cas ce symptôme restera idiopathique. On parlera alors de constipation fonctionnelle (même si ce terme

Tableau I. Principales étiologies des constipations (adapté de [14])

Causes digestives	
Anomalies coliques	
tumeurs	pseudo obstruction intestinale chronique
sténoses non tumorales	mégacôlon congénital ou acquis
compressions extrinsèques	
Anomalies ano-rectales	
tumeurs	fissures anales
rectites et rectosigmoidites	hémorroïdes compliquées
sténoses	anus ectopique antérieur
autres séquelles chirurgicales	
Causes endocriniennes, métaboliques, et générales	
hypothyroïdie et panhypopituitarisme	hypokaliémie (laxatifs, diurétiques)
hyperparathyroïdie et autres hypercalcémies	porphyries
phéochromocytome	collagénoses
acromégalie	mucoviscidose
insuffisance rénale	
Causes neurologiques et constipation psychogène	
Système nerveux périphérique	
dysautonomie (diabète, amylose, syndrome paranéoplasique)	ganglioneuromatose
Système nerveux central	
maladie de Parkinson	paraplégie post-traumatique
tumeur cérébrale	méningocèle
accidents vasculaires cérébraux	lésions de la queue de cheval
sclérose en plaques	
Constipations psychogènes	
états dépressifs	autres névroses
états démentiels	conflits affectifs
autres psychoses	bénéfices secondaires
névroses obsessionnelles ou phobiques	

Objectifs pédagogiques

- Connaître les critères diagnostiques d'une constipation fonctionnelle
- Séquence et pertinence des explorations (biologiques, radiologiques, et endoscopiques)
- Savoir comment différencier une constipation de transit d'une constipation terminale

Tableau II. Critères cliniques définissant la constipation chronique selon Rome III [4]

Début des symptômes > 6 mois
et présence sur les 3 derniers mois d'au moins 2 des symptômes suivants :

moins de 3 évacuations par semaine

selles dures ou fragmentées (> 25 % des défécations)

efforts de poussée (> 25 % des défécations)

sensation d'évacuation incomplète (> 25 % des défécations)

sensation de blocage ano-rectal (> 25 % des défécations)

manœuvres digitales (> 25 % des défécations)

Selles molles rares sans l'usage de laxatif...

Pas assez de critères diagnostiques du Syndrome de l'Intestin Irritable

et 19 % déclaraient avoir des difficultés à évacuer les selles [3]. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que la constipation est particulièrement fréquente, encore faut-il la définir le moins mal possible.

1) On ne fera des explorations complémentaires pertinentes que si l'on sait identifier les différents types de constipation

Connaître les critères diagnostiques d'une constipation fonctionnelle

Il est utile de décomposer le terme de constipation fonctionnelle en définissant dans un premier temps le symptôme constipation et en l'opposant dans un second temps à la constipation organique.

La définition de la constipation est basée sur les critères de Rome III [4] depuis plusieurs années (Tableau II). Cette définition « académique » tient assez peu compte des fausses diarrhées de la constipation qui se manifestent par une alternance de selles dures et de selles liquides souvent précédées de l'expulsion d'un bouchon de selles dures. Il y a cependant un net progrès par rapport aux critères de Rome II qui excluaient totalement cette notion de fausse diarrhée. De façon beaucoup plus récente, on voit émerger une nouvelle définition qui ne vient plus d'un consensus d'experts « romains », mais d'experts « industriels ». En effet, les travaux les plus récents sur les nouvelles molécules visant à traiter la constipation idiopathique de l'adulte ont inclus des patients avec des critères sensiblement différents [5] : moins de 3 selles spontanées associé à une sensation d'évacuation incomplète par semaine ET pendant au moins 12 semaines au cours des 12 mois précédents, présence d'au moins 1 des symptômes suivants : a) selles dures ou fragmentées (> 25 % des défécations) ; b) efforts de poussée (> 25 % des défécations) et c) sensation d'évacuation incomplète (> 25 % des défécations) dans certains essais les selles molles (Bristol 6 ou 7) étaient un critère de non inclusion [6, 7]. La notion de fréquence hebdomadaire de selles spontanées est devenue le nouveau critère d'évaluation principal de ces essais thérapeutiques. On peut aussi constater que la durée de constipation dans ces essais est plus longue que celle habituellement admise par Rome III. Enfin, il est manifeste que l'échelle de Bristol (Fig. 1) [8] a pris une part importante dans

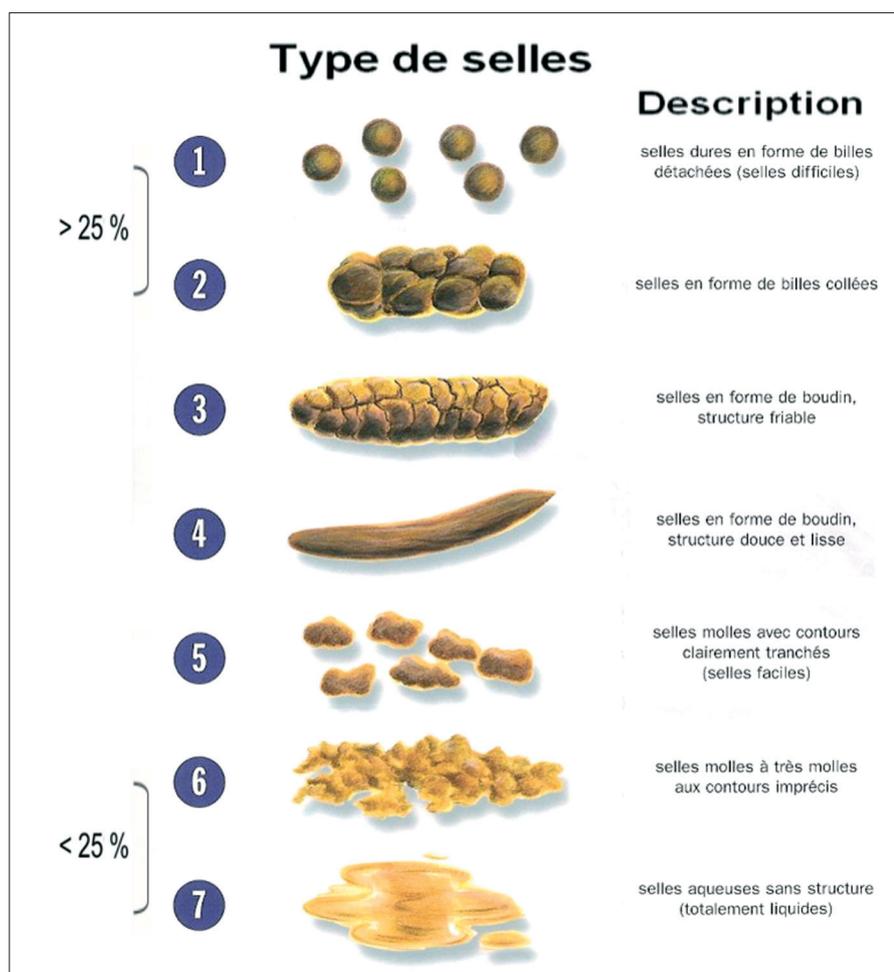


Figure 1. Échelle de Bristol [7]. Il est admis que la présence de selles de type 1 ou 2 dans plus de 25 % des évacuations et de selles de type 6 ou 7 dans moins de 25 % des évacuations correspond à une constipation. Le type de selles selon cette échelle est assez représentatif de temps de transit colique

peut être discutable !) par opposition à une constipation organique. La banalité de cette situation doit être confrontée à la réalité des chiffres de prévalence : 16 % chez l'adulte et 33,5 % chez les sujets de plus de 60 ans [1]. Elle est plus fréquente chez la femme, mais les chiffres sont moins impressionnants que ce que l'on pourrait croire avec un ratio femmes/hommes de seulement

1,5 à 2/1 [1, 2]. Toutefois, il est très difficile d'avoir une vue très objective de ces chiffres de prévalence car les critères de définition sont différents d'une étude à l'autre et les questionnaires utilisés ne peuvent pas faire la différence entre constipation organique et idiopathique. En 1998, en France, dans la population générale, 35 % des sondés se disaient constipés

l'identification des patients constipés. En effet, que ce soit les critères de Rome III ou les nouveaux critères utilisés dans les dernières études industrielles, une évaluation basée sur le recue prospectif de la forme des selles est proposée. Par contre, le fait de mettre la présence de selles liquides ou molles dans les critères de non inclusion ou autrement dit comme signe clinique éliminant une constipation n'est certainement pas un progrès. En effet, les patients qui présentent une fausse diarrhée, sont d'authentiques constipés [9], certes plus difficiles à identifier que les autres, mais répondant de façon identique au traitement. Cette définition purement clinique, basée sur un interrogatoire souvent difficile, est de toute première importance dans le dialogue médecin-malade et dans la prise en charge car la constipation chronique, *via* les efforts de poussée, favorise la pathologie hémorroïdaire, l'affaiblissement du plancher pelvien et le développement d'une incontinence anale qui est un vrai handicap lourd [9].

Après avoir défini la constipation, il convient dans un premier temps de s'assurer que ce symptôme n'a pas une cause organique ou médicamenteuse (Tableau III). Il faut toujours, et systématiquement, rechercher des signes d'alarme. Si le cancer du côlon peut être à l'origine d'une constipation, cette dernière n'est pas un facteur de risque du cancer du côlon [9].

L'interrogatoire est l'étape essentielle sachant que la crainte majeure reste celle du cancer du côlon dont le diagnostic doit être évoqué devant les signes cliniques suivants (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_644453/fr/ald-n-30-cancer-colorectal HAS 2012) : des rectorragies, même en cas de pathologie hémorroïdaire patente ; une anémie ferriprive sans cause évidente ; des symptômes digestifs peu spécifiques (en particulier après 40 ans) mais d'apparition récente ou récemment modifiés (troubles du transit : alternance diarrhées/constipation, douleurs abdominales) ; une masse à la palpation abdominale ou au toucher rectal ; un syndrome rectal (faux besoins, ténésmes, épreintes). En 2007, la RPC sur la constipation chronique [9] proposait la recherche : d'antécédent personnel de cancer gynécologique pour les femmes, de rectorragies, d'anémie, de sang dans les selles, d'une perte de poids, d'une aggravation d'une constipation chronique sans cause évi-

Tableau III. Principaux médicaments pouvant induire une constipation [9]

Agents pharmacologiques	Exemples
Analgésiques	Opiacés, codéine...
Anticholinergiques	Chlordiazépoxyde, oxybutinine...
Antidépresseurs et antipsychotiques	Chlorpromazine, amitriptyline...
Antihypertenseurs	Verapamil...
Antiparkinsonniens	L Dopa...
Antidiarrhéique	Lopéramide...
Anticonvulsivants	Carbamazépine...
Antihistaminiques	Diphenhydramine...
Antispasmodiques	Pinavérium bromure...
Chimiothérapie antinéoplasique	Vincristine...
Diurétiques	Furosemide...
Résines	Cholestyramine...
Agents cationiques	Aluminium, sulfate de barium, bismuth, calcium, fer, toxiques (mercure, arsenic)

Tableau IV. Critères cliniques définissant la constipation chronique selon les essais thérapeutiques [14]

Moins de 3 selles spontanées par semaine ET pendant au moins 12 semaines au cours des 12 mois précédents, présence d'au moins 1 des symptômes suivants :

selles dures ou fragmentées (> 25 % des défécations)

efforts de poussée (> 25 % des défécations)

sensation d'évacuation incomplète (> 25 % des défécations)

et pour certains essais...

pas de selles molles (Bristol 6 ou 7)

dente, d'une constipation sévère, persistante, ne répondant pas au traitement. La recherche par ailleurs d'antécédents familiaux de cancer du côlon ou de polypes à haut risque est indispensable (accord professionnel qui renvoie à la recommandation : endoscopies digestives basses : indications en dehors du dépistage en population. Anaes 2004). Il faut noter que ces signes dits d'alarme ne sont que des avis d'expert basés sur la sémiologie du cancer colique, mais il n'y a pas à notre connaissance d'étude prospective démontrant ces affirmations. Un examen clinique complet est nécessaire avec une recommandation très forte (grade A) de pratiquer un toucher rectal à la recherche d'une lésion rectale pariétale (polypes ou tumeur), d'une lésion prostatique voire gynécologique, et enfin la présence de sang, de pus ou de glaires sur le doigtier (étapes 8 et 10 du toucher rectal selon N Talley [10]).

Les causes médicamenteuses (Tableau III) sont fréquentes et doivent être recherchées avec soin car l'approche thérapeutique est des plus simples...

Avant d'envisager les explorations complémentaires, il convient de faire

la différence entre constipation « pure » et syndrome de l'intestin irritable à prédominance de constipation. En effet, la douleur ou la gêne abdominale qui est toujours présente dans le syndrome de l'intestin irritable, puisque ce signe clinique en est le critère diagnostique indispensable, peut être la simple conséquence de la constipation. C'est pourquoi les critères de Rome précisent bien (Tableau III) que la constipation chronique est aussi définie par l'absence de critère suffisant pour le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable. En pratique, on pourrait proposer que la disparition des douleurs ou de la gêne abdominale en réponse au traitement de la constipation (à condition que celui-ci soit efficace !) valide *a posteriori* le diagnostic de constipation chronique.

Séquence et pertinence des explorations complémentaires

2) Est-il utile de faire un interrogatoire soigneux ?

Reconnaître ces différents types est certainement la chose la plus intéres-

sante pour une approche thérapeutique utile. La littérature décrit trois types de constipation [4] : la constipation de transit, la constipation distale et la constipation dite fonctionnelle qui correspond en fait à la constipation à transit normal. Cette dernière est simple à définir puisqu'elle correspond à une constipation avec un transit normal ET sans anomalie d'évacuation des selles, autrement dit sans constipation terminale. La simplicité de la définition de la constipation fonctionnelle s'oppose à la difficulté de sa prise en charge...

La constipation de transit correspond à une constipation avec allongement du temps de transit sans anomalie de l'évacuation des selles. Cela remet donc la constipation terminale au tout premier plan de la physiopathologie, puisque les deux autres types de constipation ne vivent que de l'absence de cette dernière.

L'interrogatoire du patient va donc prendre la première place à la recherche de signes qui vont être évocateurs d'un obstacle terminal. La précision des items de la définition de la constipation en ce qui concerne la fréquence des symptômes et leur ancienneté est pratiquement impossible à recueillir au quotidien. Par contre, la bonne connaissance de ces symptômes est très utile pour un interrogatoire dirigé du patient qui bien souvent n'osera pas aborder dans le détail ses difficultés d'évacuation. Il est certainement utile de revenir à la définition de la constipation pour discuter les signes cliniques susceptibles d'évoquer fortement le diagnostic de constipation terminale. Les efforts de poussée, la sensation de blocage anal dans plus de 25 % des défécations et la sensation d'évacuation incomplète sont importants à prendre en compte d'autant plus que les selles ont une consistance proche de la normale. En effet, comme on l'a vu plus haut, l'échelle de Bristol est utile car elle présente une bonne extrapolation du temps de transit [11]. La nécessité de réaliser des manœuvres digitales au niveau du périnée associée à une sensation d'évacuation incomplète doit faire évoquer la responsabilité d'une rectocèle dans le mécanisme de la constipation. Bien que les critères de Rome III décrivent les manœuvres digitales pour faciliter l'évacuation en précisant s'il s'agit d'évacuation digitale ou de soutien du plancher pelvien, la pratique quotidienne montre qu'il s'agit beaucoup plus souvent de

manœuvres intra-vaginales visant à repousser une éventuelle rectocèle vers l'arrière pour remettre le rectum dans l'axe de l'anus. Ces mêmes critères ne parlent pas du temps parfois prolongé (souvent excessivement prolongé !) passé aux toilettes pour tenter d'évacuer les selles le plus complètement possible, enfin il n'est pas fait mention des difficultés d'essuyage qui sont aussi une gêne souvent mal vécue par les patients. Ce dernier point est important à discuter avec le patient car il est souvent à l'origine d'un soiling (souillure des protections ou des sous-vêtements sans réelle perte de selles) qui est à l'origine de bon nombre de consultations pour incontinence anale.

Cette phase d'interrogatoire est donc essentielle pour suspecter très fortement l'origine terminale de la constipation.

3) Est-il utile de faire un toucher rectal ?

Cette étape est indispensable dans l'évaluation clinique du patient constipé. L'examen de la marge anale avant l'introduction du doigt apprécie la présence ou l'absence d'un prolapsus spontané ou à la poussée. Le toucher rectal doit être fait en respectant les étapes classiques de palpation et d'appréciation du tonus anal de base, mais il faut ajouter la partie dynamique, en demandant au patient de serrer sur le doigt puis de pousser pour pouvoir évaluer la contraction volontaire et la relaxation anale à la poussée. Au mieux on respectera les 10 étapes décrites par Nick Talley en 2008 [10], qui précise que l'unique bonne raison pour un gastroentérologue de ne pas faire le toucher rectal est qu'il ait perdu tous ses doigts ! Cette étape clinique essentielle doit être réalisée chaque fois qu'un patient consulte pour constipation. Le toucher rectal a une sensibilité de l'ordre de 80 % dans le diagnostic de dysnergie ano-rectale et la réponse au biofeedback dans ces cas particuliers est de 70 % [12]. Cela est confirmé par d'autres qui montrent que si au moins deux des signes cliniques suivants : incapacité à contracter les muscles abdominaux, incapacité à relaxer le sphincter anal, contraction paradoxale du sphincter anal, absence de mobilité périnéale sont présents, le diagnostic de dysnergie ano-rectale peut être fait avec une sensibilité de 75 % et une spécificité de 87 % pour [13]. Avec un peu d'habitude, on perçoit très bien la relaxation ou l'absence de relaxation anale lors de la poussée

abdominale (qui est contrôlée par la palpation abdominale permettant de s'assurer de la réalité de la poussée). Par ailleurs, le toucher rectal permet de faire le diagnostic de rectocèle et de suspecter une intussusception. Il n'est donc pas nécessaire en première intention de réaliser des explorations physiologiques qui seront basées sur les constatations de l'examen clinique initial.

4) Est-il utile de faire des examens complémentaires standard ?

Aucun examen complémentaire standard ne doit être réalisé de façon systématique lors de la première consultation [9, 14, 15]. Si la constipation persiste, on peut demander un bilan biologique comprenant glycémie, calcémie, hémogramme avec CRP, dosage de la créatinine et de la TSH (recommandation de grade C défini par la RPC de 2007) [9].

La coloscopie n'est pas non plus nécessaire en première intention chez tous les malades qui consultent pour une constipation chronique (recommandation de grade A). Le lavement baryté n'est pas recommandé, la coloscopie virtuelle (coloscan) n'a pas démontré son intérêt, du moins pour l'instant.

Au terme de cette évaluation très clinique, on pourra reconnaître le caractère fonctionnel de la constipation chronique dans plus de 90 % des cas, lorsque aucune maladie causale, ni aucune cause médicamenteuse, ne peut être responsable de la constipation.

5) Est-il utile de faire une manométrie ano-rectale et/ou un temps de transit aux marqueurs radio-opaques ?

Savoir comment différencier une constipation de transit d'une constipation terminale

Comment peut-on définir une constipation terminale ?

La constipation terminale répond donc au critère de pathologie fonctionnelle (ni cause organique, ni cause médicamenteuse à la constipation), au critère de constipation fonctionnelle (selon Rome III) et enfin au critère de constipation fonctionnelle d'origine terminale [16]. Selon les experts du groupe de Rome III, la constipation terminale est définie ainsi : au cours des tentatives d'évacuation répétées au moins 2 des 3 symptômes suivants doivent être présents : 1) défaut d'évacuation rec-

tale démontrée par un test d'expulsion d'un ballonnet ou par l'imagerie. 2) contraction inadaptée des muscles du plancher pelvien (sphincter anal ou pubo-rectal) ou moins de 20 % de relaxation de la pression de base sphinctérienne évaluée par manométrie, imagerie ou électromyographie. 3) force propulsive inadaptée mesurée par manométrie ou imagerie. Comme on le voit, il semble nécessaire de réaliser des explorations fonctionnelles ano-rectales pour affirmer la constipation distale. Toutefois le test d'expulsion au ballonnet, s'il est utile, ne résout pas tous les problèmes puisqu'il peut être normal au cours d'une authentique constipation terminale, lorsqu'il est anormal il ne préjuge pas du mécanisme de la constipation distale, et enfin ce test n'est pas standardisé ce qui limite considérablement les possibilités de comparaison entre les différentes études [9, 14]. La manométrie ano-rectale, quant à elle, est plus standardisée. La place de la manométrie haute résolution reste à définir. Les résultats les plus pertinents sont l'absence d'augmentation de la pression intra-rectale lors des tentatives d'expulsion ou bien l'absence de relaxation ou, pire encore, une contraction paradoxale du sphincter anal lors de la poussée. Ces tests physiologiques doivent impérativement être interprétés en fonction du contexte clinique tant il est vrai qu'ils peuvent être anormaux chez des sujets asymptomatiques [14]. Lorsque ces deux tests sont anormaux et concordants, le diagnostic de constipation distale peut être affirmé, toutefois le mécanisme de la constipation peut rester flou et/ou un des deux tests peut être normal. Dans ce cas, la défécographie ou la déféco-IRM est utile pour recherche des anomalies anatomiques comme une rectocèle, une entéroccèle, une intussusception ou un prolapsus [17]. Cependant, dans la grande majorité des cas, l'examen clinique aura déjà fait le diagnostic de ces anomalies.

Ces critères ont le mérite d'être précis, (peut-être trop), d'être issus d'un consensus international à large prédominance américaine et d'être indiscutablement utiles pour l'enseignement et la réalisation d'essais thérapeutiques. Tous ces avantages doivent, bien entendu, être pondérés par une vision plus « quotidienne » de la constipation terminale.

La constipation terminale reste en première intention de définition pure-

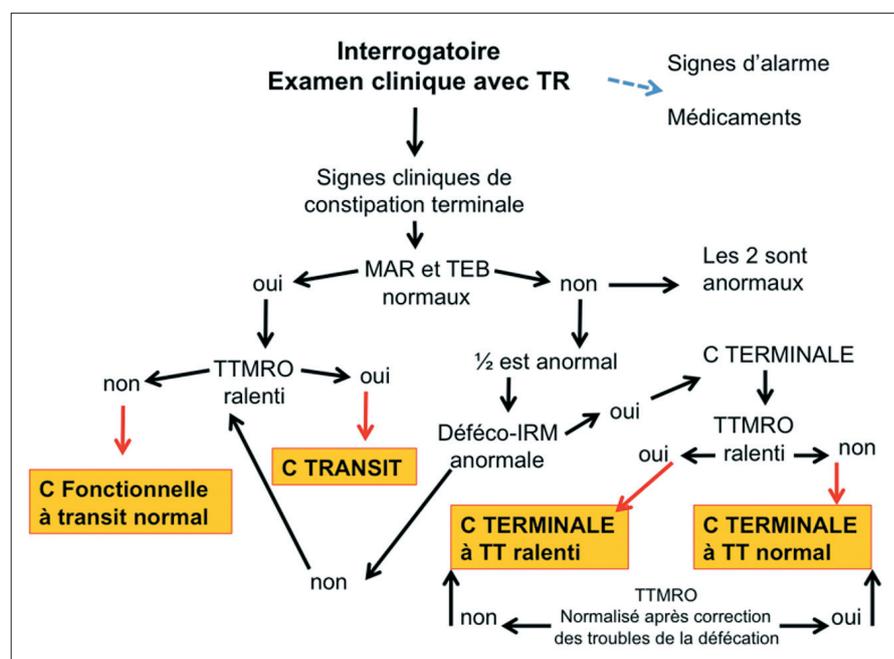


Figure 2. Arbre décisionnel face à une constipation non organique (adapté d'après [19]).
MAR : manométrie ano-rectale ; TEB : test d'expulsion du ballonnet ;
TTMRO : temps de transit aux marqueurs radio-opaques

ment clinique, et la réalisation du temps de transit aux marqueurs radio-opaques (TTMRO) ne sera utile que pour confirmer le ralentissement du transit lorsque l'on hésite sur la réalité de la constipation [18]. En effet, ce TTMRO peut être allongé aussi bien dans la constipation de transit (et dans ce cas il n'y a pas de signe en faveur d'une constipation terminale) que dans la constipation terminale, et il peut être normal aussi bien dans la constipation dite fonctionnelle (constipation avec temps de transit normal) que dans la constipation distale [19]. C'est un leurre de penser que les marqueurs radio-opaques vont venir « gentiment » se placer dans le recto-sigmoïde en cas de constipation terminale et rester dispersés tout au long du côlon dans la constipation de transit. Cet examen possède une seule vertu, certes importante mais limitée, qui est de dire s'il y a ou non un ralentissement du transit. Il va permettre de confirmer la constipation sur un critère objectif dans bon nombre de cas de fausses diarrhées dans lesquels les patients sont parfois très réticents à prendre un traitement « laxatif » lorsqu'ils viennent consulter pour diarrhée ! Sur un plan conceptuel (mais cela a-t-il une grande importance en pratique clinique quotidienne ?), on pourrait désormais définir 4 sous-groupes de patients constipés : constipation de transit (avec temps de transit colique ralenti), constipation fonction-

nelle (avec temps de transit colique normal), constipation distale avec temps de transit colique ralenti et enfin constipation distale avec temps de transit colique normal d'emblée ou après traitement efficace des troubles de l'évacuation [19].

En pratique, écoute attentive du patient et interrogatoire rigoureux associés à un examen clinique précis doivent orienter très vite vers une constipation fonctionnelle (absence de signe d'alarme et de cause médicamenteuse). La recherche, toujours par l'interrogatoire minutieux et un examen clinique dirigé, de la présence ou de l'absence de signes d'une constipation terminale orientera la prise en charge thérapeutique de façon logique. C'est le caractère réfractaire de cette première approche thérapeutique qui déclenchera la pratique d'explorations complémentaires fonctionnelles qui ne seront pas réalisées de façon systématique dans la très grande majorité des cas. Notre médecine actuelle, toujours plus orientée vers « l'objectivité » des examens complémentaires, laisse ici une place confortable à la composante humaine des rapports médecin-malade.

Références

1. Mugie SM, Benniga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011;25:3-18.

2. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004;99:750-9.
3. Frexinos J, Denis P, Allemand H, Allouche S, Los F, Bonnelye G. Descriptive study of digestive functional symptoms in the French general population. *Gastroenterol Clin Biol* 1998;22:785-91.
4. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
5. Lembo AJ, Kurtz CB, MacDougall JE, et al. Efficacy of linaclotide for patients with chronic constipation. *Gastroenterology* 2010;138:886-95.
6. Camilleri M, Kerstens R, Ryckx A, Vandeplassche L. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. *N Engl J Med* 2008;358:2344-54.
7. Tack J, van Outryve M, Beyens G, Kerstens R, Vandeplassche L. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. *Gut* 2009;58:357-65.
8. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:920-4.
9. Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, Chassagne P, Coffin B, Desfourneaux V, Fabiani P, Fatton B, Flamenbaum M, Jacquet A, Luneau F, Mion F, Moore F, Riou D, Senejoux A. 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.
10. Talley NJ. How to do and interpret a rectal examination in gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2008;103:820-2.
11. Riegler G, Esposito I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research. *Tech Coloproctol* 2001;5:163-4.
12. Rao SS, Seaton K, Miller M, Brown K, Nygaard I, Stumbo P, Zimmerman B, Schulze K. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:331-8.
13. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:955-60.
14. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke III GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013;144:218-38.
15. Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, Galmiche JP, Fried M. Diagnosis and treatment of chronic constipation - a european perspective. *Neurogastroenterol Motil* 2011;23:697-710.
16. Bharucha AE, Wald AM, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1510-8.
17. Lalwani N, Moshiri M, Lee JH, Bhargava P, Dighe MK. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction. *Radiol Clin North Am* 2013;51:1127-39.
18. Dapoigny M. Practical value of the measurement of the transit time with radiopaque markers. *Gastroenterol Clin Biol* 1994;18:133-4.
19. Bharucha AE, Wald AM. Anorectal disorders. *Am J Gastroenterol* 2010;105:786-94.

LES QUATRE POINTS FORTS

L'écoute et l'interrogatoire du patient sont essentiels à une approche diagnostique efficace.

Le toucher rectal est indispensable à l'évaluation de toute constipation, il doit impérativement évaluer le tonus de repos et ses variations lors d'un effort de poussée, pour dépister un anisme.

Il n'est pas utile de faire systématiquement des examens complémentaires chez un patient constipé.

Il est utile de faire des examens complémentaires (biologiques, morphologiques, fonctionnels) chez des patients ayant une constipation résistante à un traitement bien mené.

Questions à choix unique

Question 1

L'exploration d'une constipation chronique comprend toujours :

- A. une coloscopie
 - B. une manométrie anorectale
 - C. un temps de transit aux marqueurs radio-opaques
 - D. une déféco-IRM
 - E. aucune des propositions ci-dessus
-

Question 2

Selon les experts du groupe de Rome III, la constipation terminale est définie ainsi : au cours des tentatives d'évacuation, on trouve obligatoirement :

- A. défaut d'évacuation rectale démontrée par un test d'expulsion d'un ballonnet ou par l'imagerie
- B. sensation de blocage anorectal
- C. une sensation d'évacuation incomplète avec évacuation fractionnée des selles
- D. difficultés à l'essuyage
- E. séjour prolongé aux toilettes