

Constipation chronique : traitements et règles hygiéno-diététiques, ce qui est prouvé

➔ **Thierry Piche**

(✉) Service de Gastroentérologie et de Nutrition Clinique, Hôpital Archet 2, 151, route Saint-Antoine de Ginestière, 06202 Nice Cedex 3

E-mail : piche.t@chu-nice.fr

Introduction

La prise en charge de la constipation chronique de l'adulte repose avant tout sur un interrogatoire détaillé qui permet d'identifier des causes de constipations secondaires comme une origine iatrogène médicamenteuse (Tableau I) ou des erreurs diététiques qui peuvent être facilement traitées. Les dernières recommandations de pratiques cliniques françaises ont rappelé en 2007 l'intérêt thérapeutique des règles hygiéno-diététiques au cours de la constipation chronique de l'adulte [1]. Dès lors, le traitement de première intention repose assez systématiquement sur le rappel de mesures simples incluant des conseils d'hygiène défécatoire, le maintien d'une activité physique et d'un apport en fibres alimentaires qui peuvent parfois suffire

pour soulager les patients de manière durable. Pour autant, le niveau de preuve de ces recommandations est assez limité en l'absence d'essais contrôlés bien conduits ayant évalué l'utilité des mesures hygiéno-diététiques dont certaines relèvent finalement du bon sens. Nous allons aborder successivement ces règles simples en détaillant l'intérêt des conseils défécatoires, de l'activité physique, d'un apport hydrique suffisant et d'un enrichissement de la ration alimentaire en fibres dont il est important de connaître les principales actions sur la physiologie digestive.

Conseils défécatoires

Le besoin exonératoire est physiologiquement déclenché par l'arrivée des matières dans l'ampoule rectale. La

Objectifs pédagogiques

- Connaître les erreurs diététiques du constipé
- Connaître les différents types de fibre et savoir les utiliser
- Place de l'activité physique et de l'hydratation

Tableau I. Principaux agents pharmacologiques ayant des propriétés constipantes

Analgésiques (tramadol)
Anticholinergiques (librax)
Antidépresseurs et antipsychotiques (chlorpromazine)
Antihypertenseurs (amitriptyline, nortriptyline)
Antiparkinsonniens (hypochloride d'amantadine)
Antidiarrhéique (lopéramide)
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène)
Anticonvulsivants (carbamazepine)
Antihistaminiques (diphenhydramine)
Antispasmodiques (pinavérium bromure)
Chimiothérapie antinéoplasique (vincristine)
Diurétiques (furosemide)
Inhibiteurs des canaux calciques (verapamil)
Opiacés (morphine)
Résines (cholestyramine)
Agents cationiques : aluminium, sulfate de barium, bismuth, calcium, fer, toxiques (mercure, arsenic)

distension rectale permet de stimuler, entre autre, des mécanorécepteurs qui vont véhiculer l'information *via* le système nerveux central vers des voies effectrices à l'origine d'un relâchement du sphincter anal interne (réflexe recto-anal inhibiteur) et d'une contraction du sphincter anal externe (réflexe recto-anal excitateur) permettant d'assurer cette fois-ci de manière volontaire la continence anale. La sensation de besoin qui existe physiologiquement est néanmoins transitoire car elle s'estompe progressivement en quelques minutes et peut ne plus réapparaître avant plusieurs heures. En effet, la progression des fèces est maximale dans les 15 minutes qui suivent l'ingestion d'un repas et facilitée par l'activation des réflexes gastro- et duodéno-coliques. Dès lors, des contraintes sociales et professionnelles peuvent constituer en soi un véritable stress environnemental et une répression répétée volontaire du besoin exonérateur est en mesure de favoriser au long cours une désensibilisation et la modification du comportement défécatoire à l'origine d'une constipation chronique. Des travaux déjà anciens ont montré que la répression volontaire du besoin défécatoire favorisait un contact prolongé des selles au niveau de la muqueuse rectale les rendant plus dures et difficiles à évacuer [2]. D'autres auteurs ont également suggéré que l'émoussement de la sensation de besoin et son caractère incertain serait effectivement plus volontiers observé chez des patients atteints de constipation chronique que chez des sujets sains asymptomatiques. C'est sur ce rationnel physiologique qu'il est utile d'encourager les malades à respecter et répondre à la sensation de besoin. Il semble qu'une présentation aux toilettes dans les 30 à 40 minutes suivant l'ingestion d'un repas respecte de manière optimale la mise en jeu de ces phénomènes réflexes et naturels. Une présentation aux toilettes le matin doit être privilégiée comme le suggère les enregistrements manométriques du côlon chez les sujets sains qui objectivent des ondes de contraction de fortes amplitudes rapidement propagées le long du cadre colique au réveil [3]. Ce respect du rythme défécatoire est d'autant plus important à rappeler aux patients ayant des troubles cognitifs et qui ont un risque accru de constipation. Les conditions environnementales de la défécation jouent également un rôle favorisant sur la constipation.

Quelques études, difficiles à conduire, ont pu confirmer qu'une intimité auditive visuelle et olfactive était souhaitée pour favoriser le besoin exonérateur et la défécation [4]. Ces conseils peuvent prêter à sourire tant il s'agit du bon sens ! Rappelons néanmoins que ces règles minimales d'hygiène ne sont quasiment pas respectées dans la plupart des milieux scolaires français... Enfin, la position défécatoire a également un rôle important. En effet, la flexion des jambes sur l'abdomen, l'utilisation de toilettes à la turque, ou d'un marche-pied sont efficaces et favorisent l'action propulsive des muscles abdominaux pelviens.

Boissons abondantes

L'augmentation de la ration hydrique est une idée communément admise dans le grand public. Pourtant les données acquises sur l'intérêt d'augmenter la ration hydrique pour le traitement de la constipation chronique restent controversées. Il a par exemple été montré chez des volontaires sains que des variations randomisées de leurs apports hydriques de 2 500 ml à moins de 500 ml par jour pendant une semaine diminuaient significativement la fréquence et le poids des selles pendant la phase de restriction hydrique [5]. Au contraire, dans une étude menée avec une méthodologie identique chez des sujets sains, aucune modification du poids des selles n'était observée quand la ration hydrique était augmentée de 1 à 2 litres pendant une semaine [6]. Ces données ne sont finalement pas surprenantes si on se rappelle que les capacités d'absorption de l'intestin grêle peuvent atteindre jusqu'à 7 à 10 litres par jour. Plusieurs autres études se sont également intéressées à comparer les apports liquidiens journaliers entre des sujets sains ou des patients constipés sans mettre en évidence de différence significative. Enfin, les études interventionnelles sont peu nombreuses avec des résultats qui sont plutôt décevants. Dans une étude menée chez 117 adultes constipés ayant moins de 3 selles par semaine, les patients étaient randomisés en deux groupes ; ingestion d'eau *ad libitum* ou deux litres d'eau minérale par jour entre les repas pendant deux mois. Dans ce travail, la fréquence des selles augmentait sensiblement de 1,3 par semaine dans le groupe témoins à 2,4 dans le groupe traité avec une réduction significative

de la consommation de laxatifs [7]. Dans ce travail, il faut préciser que l'eau minérale proposée contenait du magnésium et d'autres ions susceptibles d'avoir une action laxative. Finalement, l'augmentation de la ration hydrique pourrait avoir une certaine efficacité dans les situations pathologiques de déshydratations chez des sujets âgés [8]. En l'état actuel des connaissances, l'augmentation « thérapeutique » de la ration hydrique quotidienne n'est pas utile pour augmenter significativement la fréquence et la consistance des selles hormis les eaux minérales contenant du magnésium. Le bénéfice de l'augmentation de l'apport hydrique reste toutefois ancré dans nos cultures occidentales et un apport hydrique suffisant doit être encouragé et en particulier chez les sujets âgés à risque de déshydratation.

Activité physique

L'intérêt de l'activité physique pour améliorer la constipation n'est pas clairement démontré. D'une manière générale, l'activité physique influence la motricité du côlon probablement de manière proportionnelle à l'intensité de l'effort. Chez le sujet sain, l'activité contractile colique est réduite pendant les phases de sommeil et augmente de manière significative dès le réveil ; 80 % des contractions propagées de faible amplitude surviennent pendant la journée, en particulier après les repas. Ces ondes sont physiologiquement accompagnées de l'émission de gaz chez 25 % des sujets sains. Pour autant, quelques études ont pu montrer que ces variations de la motricité colique nyctémérales n'étaient pas significativement différentes entre des sujets sains et des groupes de malades atteints de constipation chronique [9]. En revanche, dans une étude stratifiée sur l'âge menée sur près de 45 000 sujets de sexe féminin, il a pu être montré que le niveau d'activité physique était bien corrélé au bien-être général et à la qualité de vie et que l'incidence de la constipation était effectivement réduite chez les femmes qui avaient une activité physique plus importante [10]. Dans une autre étude menée chez des sportifs, il a été montré que des coureurs à pieds avaient plus souvent des selles liquides et impérieuses par rapport à des sujets témoins sédentaires [11]. Chez des sujets âgés vivant à domicile et se plaignant de constipa-

Tableau II. Fibres alimentaires

Fibres solubles	Fibres insolubles
Polysaccharidiques	
Cellulose	Hémi-celluloses
Hémi-cellulose	Pectines
Amidon résistant	Glucanes
	Gommes (guar, caroube, acacia)
	Carraghénanes, agar, alginates inuline, FOS
Non polysaccharidique	
Lignine	

tion, Donald *et al.* [12] ont observé que la fréquence des selles semblait identique à celle de sujets jeunes. Dans ce travail, la constipation était clairement associée à la sévérité des symptômes dépressifs. Au contraire Kinnunen *et al.* [13] ont comparé les facteurs de risque de la constipation chez des malades âgés vivant en institution ou chez des sujets sains, observant cette fois que le risque de constipation était bien associé au niveau de sédentarité. Enfin, dans une randomisée récente, De Schryver *et al.* [14] ont montré qu'un programme d'activité physique quotidien et régulier mené pendant 12 semaines diminuait le temps de transit colique parallèlement à la fréquence des selles dans une cohorte de patients constipés chroniques d'âge moyen. Finalement, l'intérêt de l'activité physique sur la constipation reste débattu. Son rôle paraît plus clair chez les sujets âgés même si ces études sont biaisées par l'impact des effets secondaires des médicaments, de l'altération des fonctions cognitives ou des modifications de l'alimentation inhérentes associées quand l'âge est avancé. Là encore, le maintien d'une activité physique régulière et adaptée à l'âge physiologique est utile pour le bien-être général.

Fibres alimentaires

On distingue plusieurs types de fibres alimentaires selon leur composition chimique (Tableau II) : la cellulose, la plus répandue, qui est insoluble ; l'hémicellulose constituée d'une partie soluble et d'une partie insoluble ; les pectines, solubles, complètement digérées par les bactéries du côlon ; la lignine, seule fibre non glucidique, insoluble, et non digérée dans le côlon. La lignine est en quantité d'autant plus importante que les végétaux sont plus mûrs. Contrairement aux fibres solubles,

les fibres insolubles ont un faible pouvoir d'absorption de l'eau mais leur action est plus prolongée du fait de l'absence de dégradation par les bactéries de la flore. Les fibres solubles peuvent par ailleurs occasionner des ballonnements et augmenter les flatulences en raison de l'activation des processus de fermentations dans le côlon. L'utilité des régimes riches en fibres végétales est acceptée depuis longtemps pour traiter la constipation, en générant une augmentation significative de la fréquence et de la consistance des selles et une accélération du temps de transit colique, surtout quand ce dernier est ralenti.

Dans la plupart des études qui ont comparé la teneur en fibres dans l'alimentation entre des groupes de malades constipés et des témoins, il n'y a pas de réduction significative de l'apport en fibres chez les constipés (**je mettrai des chiffres, voir article de Muller Lissner Am J Gastro**). Les études d'intervention, bien que peu nombreuses, sont plus convaincantes, à la fois chez les malades et les sujets sains. En effet, il est bien établi chez les sujets sains que les fibres augmentent la fréquence des selles et modifient leur consistance. Dans ces travaux, l'amélioration du volume des selles observée dans les suites d'un enrichissement en fibres évolue parallèlement à l'amélioration du temps de transit moyen [15]. La plupart des études d'intervention ont cependant des niveaux de preuve faibles, mais l'effet bénéfique, par exemple du son (de blé ou de maïs), est d'autant plus net qu'il s'agit de malades présentant une constipation de transit [16]. Dans la méta-analyse de Tramonte *et al.* [17], déjà ancienne, les auteurs ont sélectionné les essais randomisés concernant l'efficacité des fibres alimentaires chez des sujets ayant une constipation chronique. 36 essais

concernant 1 815 malades ont été analysés. 20 études comportaient un groupe placebo et 16 comparaient l'effet des fibres à celui des laxatifs. Dans cette méta-analyse, les fibres augmentaient la fréquence et la consistance des selles d'un facteur 1,4 (95 % CI 1,1-1,8) avec une réduction des douleurs abdominales par rapport au placebo. Une méta-analyse récente de Yang *et al.* [18] a retenu 5 essais randomisés contre placebo et confirme que l'enrichissement de la ration en fibres augmente effectivement la fréquence des selles sans avoir d'influence claire sur leur consistance, ni sur une baisse potentielle de l'utilisation des laxatifs ou des douleurs associées aux défécations. Seulement 6 essais randomisés de bonne qualité méthodologique répertoriés au sein d'une revue récente de la littérature ont pu aussi comparer l'efficacité des fibres solubles par rapport aux fibres insolubles dans la constipation chronique avec un avantage en faveur des fibres solubles, les fibres insolubles ne présentant pas de bénéfice clinique significatif par rapport au placebo [19]. Plusieurs essais ont évalué l'effet des fibres partiellement solubles comme le psyllium avec une supériorité par rapport au placebo pour améliorer la fréquence et la consistance des selles [20, 21]. Enfin très peu d'études ont comparé l'effet des fibres par rapport aux laxatifs, une supériorité du psyllium ayant été documentée par rapport aux autres laxatifs incluant des laxatifs stimulants, osmotiques ou des sucres indigestibles [22]. Pour conclure, une supplémentation en fibres (15-40 grammes par jour) permettrait d'améliorer plus d'un malade sur deux bien que l'effet soit moins net en cas de constipation distale [23]. Une préférence existe en faveur des fibres solubles même si elles peuvent occasionner des ballonnements et des flatulences ce qui justifie leur augmentation progressive.

En l'absence de tout examen complémentaire chez un sujet ne présentant pas de signes d'alarme, un apport en fibres alimentaires (20-40 g/j) doit être recommandé de manière progressive sur 8 à 10 jours. L'augmentation de l'apport en fibres alimentaires peut comprendre les deux catégories de fibres (solubles et insolubles). Les céréales et les produits céréaliers sont les aliments les plus riches en fibres, notamment le son (son de blé, pain au son) mais leur apport doit être progressif pour éviter les sensations de ballonnements

(exemple de régime enrichi en fibres en annexe). Les féculents ont une concentration en fibres inversement proportionnelle à leur hydratation mais ils provoquent des fermentations. Les fruits secs (lentilles, pruneaux, haricots secs) et les oléagineux sont riches en fibres mais leur apport calorique doit être pris en considération. Dans un travail récent effectué en *cross over* chez 40 malades constipés, un apport quotidien de 6 grammes de fibres en consommant des pruneaux était plus utile qu'un traitement par psyllium avec une amélioration significative de la fréquence et de la consistance des selles [24]. Il existe aussi une dizaine de spécialités, plus onéreuses, telles que les céréales du petit déjeuner vendues dans les grandes surfaces.

Conclusion

La mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques doit être systématique en première intention chez les patients adultes qui présentent une constipation chronique, après avoir identifié des erreurs diététiques ou certaines causes à l'origine d'une constipation secondaire, en particulier les causes médicamenteuses. L'application de ces mesures simples permet d'améliorer au moins partiellement près de la moitié des malades. Ces mesures restent toutefois difficiles à instaurer durablement s'agissant de modifier des comportements parfois installés depuis plusieurs dizaines d'années. Les conseils défécatoires, le maintien d'une activité physique et d'un apport hydrique suffisant ainsi que l'enrichissement de l'alimentation en fibres (exemple de régime en annexe) peuvent être envisagés en traitement de première ligne chez tout malade présentant une constipation chronique.

Exemple de menu riche en fibres

Déjeuner : 1 verre d'eau, 1 muffin au son, 1 tasse de lait, 3/4 tasse de gruau, 1 orange

Dîner : 2 tranches de pain de blé ou de seigle, 2 oz. de dinde sans la peau et tomate, 1 pomme, 1 tasse de yogourt sans fruit, 1 verre de thé glacé

Souper : 1 poitrine de poulet, 1 tasse de riz brun, 1 tasse de brocoli, 1 portion de salade de carottes, 1 petit pain de blé entier, 1 tasse de tisane ou de lait

Collations : maïs éclaté, craquelins de blé entier, noix, fruits

Références

- Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, Chassagne P, Coffin B, Desfourneaux V, Fabiani P, Fatton B, Flammenbaum M, Jacquet A, Luneau F, Mion F, Moore F, Riou D, Senejoux A; French Gastroenterology Society. [Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults]. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-35.
- Klauser AG, Beck A, Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Low fluid intake lowers stool output in healthy male volunteers. *Z Gastroenterol* 1990;28:606-9.
- Bassotti G, Germani U, Fiorella S, Roselli P, Brunori P, Whitehead WE. Intact colonic motor response to sudden awakening from sleep in patients with chronic idiopathic (slow-transit) constipation. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1550-5.
- Hall GR, Karstens M, Rakel B, Swanson E, Davidson A. Managing constipation using a research-based protocol. *Medsurg Nurs* 1995;4:11-8; quiz 19-20.
- Klauser AG, Voderholzer WA, Heinrich CA, Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Behavioral modification of colonic function. Can constipation be learned? *Dig Dis Sci* 1990;35:1271-5.
- Chung BD, Parekh U, Sellin JH. Effect of increased fluid intake on stool output in normal healthy volunteers. *J Clin Gastroenterol* 1999;28:29-32.
- Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, Valenti A, lascone E, Marmo R, Lamazza A, Pretaroli AR, Pace V, Leo P, Castelli A, Gasbarrini G. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepatogastroenterology* 1998;45:727-32.
- Müller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2005;100:232-42.
- Bassotti G, Betti C, Pelli MA, Morelli A. Prolonged (24-hour) manometric recording of rectal contractile activity in patients with slow transit constipation. *Digestion* 1991;49:72-7.
- Brown WJ, Mishra G, Lee C, Bauman A. Leisure time physical activity in Australian women: relationship with well being and symptoms. *Res Q Exerc Sport* 2000;71:206-16.
- Sullivan SN, Wong C, Heidenheim P. Does running cause gastrointestinal symptoms? A survey of 93 randomly selected runners compared with controls. *N Z Med J* 1994;107:328-31.
- Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG, Elton RA, Stoddart ME. A study of constipation in the elderly living at home. *Gerontology* 1985;31:112-8.
- Kinnunen O. Study of constipation in a geriatric hospital, day hospital, old people's home and at home. *Aging* 1991;3:161-70.
- De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, Akkermans LM, Smout AJ, De Vries WR, van Berge-Henegouwen GP. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:422-9.
- Müller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta analysis. *Br Med J* 1988;296:615-7.
- Badiali D, Corazzari E, Habib FI, Tomei E, Bausano G, Magrini P, Anzini F, Torsoli A. Effect of wheat bran in treatment of chronic nonorganic constipation. A double-blind controlled trial. *Dig Dis Sci* 1995;40:349-56.
- Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, Amato MG, O'Keefe ME, Ramirez G. The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. *J Gen Intern Med* 1997;12:15-24.
- Yang J, Wang HP, Zhou L, Xu CF. Effect of dietary fiber on constipation: a meta analysis. *World J Gastroenterol* 2012;18:7378-83. doi: 10.3748/wjg.v18.i48.7378.
- Suares NC, Ford AC. Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:895-901.
- Ashraf W, Park F, Lof J, Quigley EM. Effects of psyllium therapy on stool characteristics, colon transit and anorectal function in chronic idiopathic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 1995;9:639-47.
- Fenn GC, Wilkinson PD, Lee CE, Akbar FA. A general practice study of the efficacy of Regulan in functional constipation. *Br J Clin Pract* 1986;40:192-7.
- Dettmar PW, Sykes J. A multi-centre, general practice comparison of ispaghula husk with lactulose and other laxatives in the treatment of simple constipation. *Curr Med Res Opin* 1998;14:227-33.
- Voderholzer WA, Schatke W, Mühlendorfer BE, Klauser AG, Birkner B, Müller-Lissner SA. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 1997;92:95-8.
- Attaluri A, Donahoe R, Valestin J, Brown K, Rao SS. Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:822-8.

LES QUATRE POINTS FORTS

Les règles hygiéno-diététiques sont utiles en traitement de première intention.

L'exercice physique, notamment chez le sujet âgé, est conseillé avec un niveau de preuve faible.

L'augmentation de la ration hydrique est inutile, certaines eaux minérales enrichies en magnésium pourraient avoir un effet modeste.

L'augmentation de la ration en fibres alimentaires est utile et doit être progressive en 8 à 10 jours pour atteindre la dose de 20 à 40 grammes par jour.

Questions à choix unique

Question 1

Quelle est la réponse exacte concernant le traitement de première ligne chez un malade constipé ?

- A. L'augmentation de la ration hydrique a une efficacité démontrée
- B. Un apport en fibres alimentaires de 30 grammes par jour est utile
- C. Un apport en fibres limité à 10 grammes par jour est utile
- D. Seules les fibres insolubles ont une efficacité démontrée
- E. L'enrichissement de la ration en fibres alimentaires doit être rapide

Question 2

Quels sont les conseils à donner à un patient qui présente une constipation chronique ?

- A. Il n'est pas utile de répondre systématiquement au besoin exonérateur
- B. La présentation aux toilettes doit être privilégiée le soir pour des raisons physiologiques
- C. L'enrichissement de la ration en fibres alimentaires doit privilégier des fibres solubles
- D. L'efficacité des laxatifs est telle que les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas d'utilité
- E. Les règles hygiéno-diététiques peuvent améliorer près de deux malades sur trois

Question 3

Quelle est la réponse exacte au sujet de l'enrichissement en fibres alimentaires au cours de la constipation chronique de l'adulte ?

- A. Un enrichissement rapide sur 3 à 4 jours est conseillé pour atteindre la dose recommandée de 10 grammes par jour
- B. Un enrichissement progressif sur 8 à 10 jours est conseillé pour atteindre la dose recommandée de 20 à 40 grammes par jour
- C. Un enrichissement rapide sur 3 à 4 jours est conseillé pour atteindre la dose recommandée de 20 à 40 grammes par jour
- D. Un enrichissement progressif sur 8 à 10 jours est conseillé pour atteindre la dose de 10 grammes par jour
- E. Un enrichissement progressif n'est pas conseillé pour atteindre la dose recommandée de 20 à 40 grammes par jour