

# Troubles de l'exonération du sujet âgé : quelles spécificités ?

## Introduction

Il est habituel de définir un sujet âgé par son âge civil (plus de 75 ans) mais aussi par deux caractéristiques : sa polypathologie et son autonomie fonctionnelle. En d'autres termes, la prise en compte d'un symptôme tel qu'une constipation fonctionnelle ou une incontinence fécale nécessite une approche globale du malade. Cette approche globale aura pour objectifs : la mesure objective des capacités motrices du sujet, de ses aptitudes cognitives, de son environnement social tout en appréhendant son espérance de vie avec ou sans incapacité.

Les troubles de l'exonération du malade âgé sont des symptômes non spécifiques, multifactoriels, non graves au sens de la mortalité (du moins en ce qui concerne la constipation) mais qui sont délétères pour la qualité de vie du sujet. Outre leurs fréquences élevées dans la population âgée, la constipation fonctionnelle et l'incontinence fécale (qui sont les deux principaux troubles de l'exonération observés après 75 ans) ont des caractéristiques épidémiologiques et des mécanismes communs rendant leur prise en charge thérapeutique simultanée indispensable.

Dans ce travail, les liens épidémiologiques, physiopathologiques et théra-

peutiques des deux pathologies seront abordés. Pour les caractéristiques de la constipation, seules celles directement en rapport avec une constipation fonctionnelle (constipation non liée à un obstacle organique colique) seront développées.

## Epidémiologie des troubles de l'exonération

### Fréquence, incidence de la constipation fonctionnelle chez les sujets âgés

La constipation fonctionnelle et l'incontinence fécale figurent parmi les indicateurs majeurs de l'autonomie des sujets âgés. La description de l'autonomie d'une personne âgée se fait en utilisant des outils d'évaluation validés et reproductibles. La plus connue de ces échelles d'autonomie est celle de Katz [1]. Parmi 6 questions relatives aux actes de la vie quotidienne qui constituent cet outil (Activities of Daily Living ou ADL), deux sont des témoins directs de l'exonération. La prévalence de la constipation fonctionnelle augmente avec le vieillissement. Après 80 ans, le risque relatif (RR) de constipation est estimé à 2,61 (IC à 95% : 2,2 - 3,1) [2]. Il s'établit dans une autre étude [3] à 1,96 (CI : 1,71 - 2,24).



Ph. CHASSAGNE  
(Rouen)

La prévalence de la constipation est estimée entre 23 et 55% dans la population âgée communautaire (une population communautaire est définie par son lieu de vie soit un domicile privé individuel ou une résidence pour personnes âgées non médicalisée). Des chiffres supérieurs, jusqu'à 80%, sont rapportés chez les malades dépendants qui vivent en institution : unités de soins de longue durée ou Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ces chiffres doivent être prudemment analysés en raison : 1) de la difficulté d'affirmer une constipation fonctionnelle sans s'appuyer toujours sur une définition précise et, 2) sans connaître toujours la comorbidité des sujets constituant la population étudiée. L'interprétation de la prévalence d'une constipation distale dans une population âgée sans en connaître le niveau de dépendance est ainsi très critiquable.

La définition précise de la constipation devra être vérifiée en utilisant par exemple celle proposée par Thompson [4].

Dans la plupart des études épidémiologiques gériatriques, la fréquence de la constipation reste évaluée en se

Tirés à part : Philippe Chassagne, Service de Médecine Interne Gériatrique, CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen cedex.

Pendant 12 semaines au moins (pas nécessairement consécutives), au cours de l'année précédente avoir deux ou plus des critères suivants\* :

- Effort de poussée lors de la défécation
- Exonération de selles dures et/ou fractionnées
- Sensation d'exonération incomplète
- Sensation de blocage ano-rectal
- Manœuvres digitales pour faciliter l'émission de selles
- Moins de 3 selles / semaine
- Pas d'incontinence fécale pour les selles, ni IBS (syndrome de l'intestin irritable)

\* pour au moins 1/4 des exonérations.

basant sur l'utilisation d'auto questionnaires. Cette méthode subjective comporte plusieurs biais comme la non prise en compte des capacités cognitives des malades interrogés (20% des sujets âgés de plus de 80 ans sont atteints de syndromes démentiels).

### Facteurs de risque de constipation fonctionnelle des sujets âgés

Quelle que soit la population âgée considérée (communautaire, institutionnelle), le sexe féminin est un facteur de risque de constipation [2, 3, 5] avec un risque relatif de 2,32 (CI : 1,9 à 2,8).

Les sujets de race noire sont plus exposés au risque de survenue d'une constipation (RR = 1,59 [CI : 1,3 - 1,9]) de même que ceux ayant un niveau socio-économique faible dont le RR est estimé à 1,83 (CI : 1,16 - 2,51) [6].

A côté des principaux facteurs de risque de constipation établis chez l'adulte jeune (antécédent d'hystérectomie, désordres métaboliques (hypokaliémie, hypercalcémie), hypothyroïdie, diabète), les maladies neurologiques du système nerveux central (AVC, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés) sont des conditions qui prédisposent à la survenue d'une constipation [3]. Dans la maladie de Parkinson, le RR de constipation est ainsi considérable estimé à 12,68 [3].

Après 80 ans, la mobilité, l'accessibilité aux toilettes, l'état cognitif, la déshydratation, sont considérés (accord professionnel) comme les principaux facteurs de risque de survenue d'une constipation distale du type fécalome.

Gériatrie et constipation sont indissociables de la iatrogénie médicamenteuse qui devra toujours être recherchée. Il faut rappeler qu'en moyenne, les sujets âgés non institutionnalisés consomment 8 médicaments par jour. Les médicaments susceptibles de générer ou d'aggraver une constipation (dans la population adulte non exclusivement gériatrique) sont résumés dans le tableau I ainsi que le risque relatif de certaines spécialités [3].

Les antidépresseurs tricycliques, sont associés à un risque de constipation supérieur à celui constaté avec les inhibiteurs de re-capture de la sérotonine (IRSS). Les antidépresseurs tricycliques diminuent les contractions coliques. Les opioïdes s'accompagnent d'une diminution d'un score d'exonération.

Pour les médicaments anti-parkinsoniens, anti-épileptiques ou antidépresseurs, le risque réel de constipation doit être évalué en considérant simultanément l'évolutivité et la gravité de la maladie. Ainsi, les conséquences des médicaments anti-parkinsoniens sur le transit ne peuvent

être correctement estimées sans connaître l'évolutivité clinique de la maladie. Dans un but d'objectivité, on pourra recourir à des échelles validées : United Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) dans la maladie de Parkinson ou Geriatric Depression Scale (GDS) dans la dépression qui permettront chez un malade constipé et traité par des médicaments à risque d'intégrer l'impact de la maladie sur la sévérité de la constipation.

Les enquêtes épidémiologiques portant sur l'incidence de la constipation sont plus rares. Dans un travail prospectif, nous avons analysé l'incidence de la constipation sur une période de 6 mois dans une population de plus de 516 résidents (âge moyen : 83 ans, 5,43 maladies en moyenne par sujet) vivant en institution. Lors de l'inclusion dans l'essai, ces sujets étaient indemnes de toute constipation et d'incontinence fécale. L'incidence de la constipation (définie sur des critères précis) était de 16%, la constipation étant brève (moins de 8 jours dans deux tiers des cas), de type distale dans 40% des cas. Les principaux facteurs de risque identifiés dans cette étude étaient l'âge, l'existence d'un antécédent de dépression et d'un état dépressif patent (score de GDS élevé), un trouble de la locomotion ne permettant pas, par exemple, les transferts sans assistance depuis un fauteuil vers les toilettes, la comorbidité, la dépendance estimée sur une grille d'autonomie (ADL) et (parmi tous les médicaments) un traitement antiparkinsonien au long cours.

TABLEAU I  
CONSTIPATION D'ORIGINE MÉDICAMENTEUSE [3]

	RR	95% CI
Antidépresseurs	1,91	1,71 - 2,13
Anti-psychotiques (anticholinergiques)	1,90	1,54 - 2,34
Anti-épileptiques	2,82	2,19 - 3,63
Anti-spasmodiques	3,34	2,94 - 3,80
Antihistaminiques	1,76	1,59 - 1,94
Opioïdes	1,63	1,40 - 1,91
Diurétiques	1,65	1,47 - 1,86
Suppléments en sels de fer	1,48	1,29 - 1,71
Suppléments en sels de calcium	2,49	1,54 - 2,03
Gels d'alumine	1,72	1,48 - 2,01
Inhibiteurs des canaux calciques	non évalué	
Antiparkinsoniens	non évalué	

## Fréquence, incidence et facteurs de risque d'incontinence fécale

La prévalence de l'incontinence fécale après 65 ans est de 10% dans la population communautaire [7]. Elle est de 54% en institution [8]. Ici encore, ces chiffres sont variables d'une étude à l'autre selon la définition du symptôme retenue (incontinence pour les selles liquides, solides ou les gaz, incontinence transitoire ou permanente, autrement dit, pluri-hebdomadaire).

Dans une étude prospective menée dans 13 institutions portant sur une cohorte de 1 186 sujets (âge moyen /83 ans) sans antécédent d'incontinence fécale, nous avons estimé l'incidence du symptôme à 20% lors d'une période de suivi de 9 mois. Les facteurs de risque de survenue d'incontinence retrouvés sont résumés dans le tableau II.

Dans cette étude, les malades souffrant d'une incontinence fécale acquise et d'emblée permanente (pluri-hebdomadaire) avaient un taux de survie significativement réduit. Cette surmortalité a été confirmée dans une autre étude avec une probabilité de décès estimée à 1.91 [9].

### Incontinence fécale et constipation : facteurs de risque communs

Il apparaît que chez plus de 50% des sujets âgés, en particulier chez les plus dépendants, on observe soit une incontinence soit une constipation. La prévalence exacte de l'association des

TABLEAU II  
FACTEURS DE RISQUE D'INCONTINENCE FÉCALE DANS UNE POPULATION INSTITUTIONNALISÉE [8]

FACTEURS DE RISQUE	ODDS RATIO
Antécédent d'incontinence urinaire	2.0
Troubles de la marche	1.73
Déclin cognitif *	1.44
Antécédent d'AVC	1.68
Age > 70 ANS	1.68

\* attesté par un score de MMS diminué.

TABLEAU III  
CONSTIPATION FONCTIONNELLE ET INCONTINENCE FÉCALE : FACTEURS DE RISQUE COMMUNS

	Constipation*	Incontinence
	RR	
Vieillessement	1.9	1.68
Femmes	2.32	1.39 <sup>(3)</sup>
Syndrome démentiel	2.34	1.44
Séquelles de maladies neurologiques (AVC, SEP)	1.1	1.88
Diabète	1.33	1.7 <sup>(4)</sup>

\* Définition Thompson (4).

deux symptômes n'est pas parfaitement connue.

L'analyse des facteurs de risque intrinsèques des deux symptômes incontinence fécale et constipation (en dehors des causes pelvi-périnéales) révèle des similitudes (tableau III) et cela, indépendamment de la classique association fécalome rectal-incontinence.

### Constipation et incontinence fécale : une physiopathologie commune, une sémiologie unique? Examen clinique du malade âgé constipé

La stratégie diagnostique d'une constipation ne diffère pas chez les sujets âgés par rapport aux recommandations formulées chez l'adulte jeune. Le diagnostic de constipation, chronique le plus souvent au-delà d'un délai de 6 mois, est avant tout clinique. Les classiques signes d'alerte tels que : douleurs abdominales, rectorragies, alternance constipation-diarrhée, amaigrissement rapide et inexpliqué, anémie devront être recherchés et justifient toujours d'un avis spécialisé.

L'interrogatoire est plus complexe chez les malades âgés surtout en cas de pathologies cognitives patentes. La surveillance par les soignants du transit est discutable quant à sa pertinence en raison des difficultés de l'anamnèse mais aussi du fait de l'existence de troubles de la sensibilité rectale. Cette atteinte de la sensibilité rectale est fréquente chez les malades souffrant de

constipation distale et/ou qui sont affectés d'une maladie dégénérative corticale comme une démence. La notion de fécalomes à répétition en dehors d'un contexte exceptionnel par exemple : immobilisation aiguë associée à un recours à des médicaments (psychotropes ou antalgiques), authentifie une constipation authentique distale qu'il conviendra de prévenir secondairement.

Une fois obtenu le recueil des informations destinées à identifier les facteurs de risque et les causes potentielles de constipation, il est indispensable de vérifier que les critères de constipation sont réunis en s'appuyant sur une définition précise du symptôme. Cette vérification est fondamentale dans un domaine où l'auto affirmation subjective de la constipation est fréquente. Dans une étude portant sur une population adulte de plus de 42 000 personnes [10], la fréquence de la constipation alléguée était de 5% chez les sujets âgés de 40 à 50 ans. Cette fréquence atteignait 15% après de 71 ans. Dans ces 2 groupes, la consommation de laxatifs (plus d'une fois par mois) était respectivement de 15% et 55%. Dans cette même population, la fréquence réelle de la constipation, basée sur une définition précise, était comprise entre 5,9 et 10,6% (différence non significative). L'utilisation de ces critères permet d'identifier les malades réellement constipés en recherchant aussi l'existence de troubles de l'exonération particulièrement fréquents après 60 ans.

Les examens complémentaires sont peu utiles chez les sujets très âgés. Ils ne seront réalisés qu'en cas de doute diagnostique ou devant l'existence de signes atypiques.

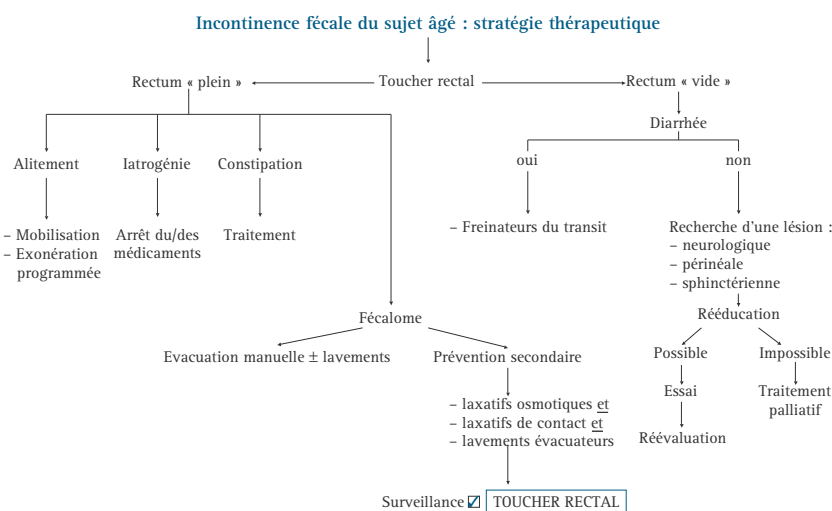


Figure 1. – Incontinence fécale du sujet âgé : stratégie thérapeutique

## Conduite à tenir devant une incontinence fécale

La stratégie clinique devant une incontinence fécale peut, chez le sujet âgé de plus de 80 ans, se résumer selon 2 situations. Ce raisonnement est articulé autour de l'existence d'une constipation distale. Soit l'incontinence fécale s'associe à une constipation distale (le toucher rectal révèle en permanence des selles dans l'ampoule rectale ou un fécalome), soit l'incontinence s'accompagne d'une vacuité rectale (Fig. 2).

### INCONTINENCE FÉCALE ET RECTUM VIDE

Dans ce groupe, l'incontinence fécale est secondaire à : des lésions périnéales et/ou sphinctériennes, une neuropathie périphérique d'élongation, une diarrhée chronique ou encore à une proctite radique [11]. Il convient de rappeler que l'incontinence fécale, lorsqu'elle s'associe à une lésion anatomique périnéo-sphinctérienne ou à une neuropathie d'élongation, peut être cependant, secondaire à une constipation chronique [12, 13].

Les conséquences « mécaniques » des efforts de poussée en rapport avec une constipation chronique sont superposables à celles observées au décours d'accouchements multiples dystociques. Cette atteinte neurogène aura pour traduction une hypotonie sphinctérienne exposant le sujet à une incontinence fécale, en particulier lors de la survenue d'une diarrhée.

### INCONTINENCE FÉCALE ET RECTUM PLEIN (CONSTIPATION DISTALE)

Dans cette situation, l'incontinence survient chez un malade constipé. C'est la prise en compte des facteurs de risque de constipation et leurs traitements qui pourront améliorer les symptômes du malade. La constipation se révèle soit sous la forme d'un fécalome, soit par la présence en permanence de selles en abondance dans l'ampoule rectale. Cette association constipation distale-incontinence fécale est fréquente chez les malades âgés dépendants et atteints de syndrome démentiel.

A côté des circonstances classiques favorisant la survenue d'un fécalome

(dépendance, déshydratation, iatrogénie, immobilisation), les troubles de la sensibilité rectale sont aujourd'hui souvent cités.

Chez les sujets âgés souffrant de fécalomes à répétition, la sensibilité rectale est altérée. Cette constatation (facile à objectiver lors d'une manométrie anorectale) explique la propension de ces malades à ne pas percevoir un besoin d'exonération malgré une accumulation rectale significative de selles. Cette donnée physiologique essentielle, si elle est négligée, rend la surveillance invalide par la seule anamnèse du transit et des besoins pour dépister, chez les malades à risque, une récurrence de fécalome.

En résumé, chez les malades dont la constipation distale se révèle par une incontinence fécale paradoxale, un toucher rectal doit être proposé au moindre doute. La réalisation périodique de ce geste, destinée à identifier précocement la récurrence d'un fécalome, est la seule mesure fiable de surveillance des thérapeutiques préventives engagées.

## Traiter la constipation pour améliorer l'incontinence fécale ?

Puisqu'il existe des liens épidémiologiques et physiopathologiques entre constipation et incontinence fécale, il est logique d'analyser la prise en

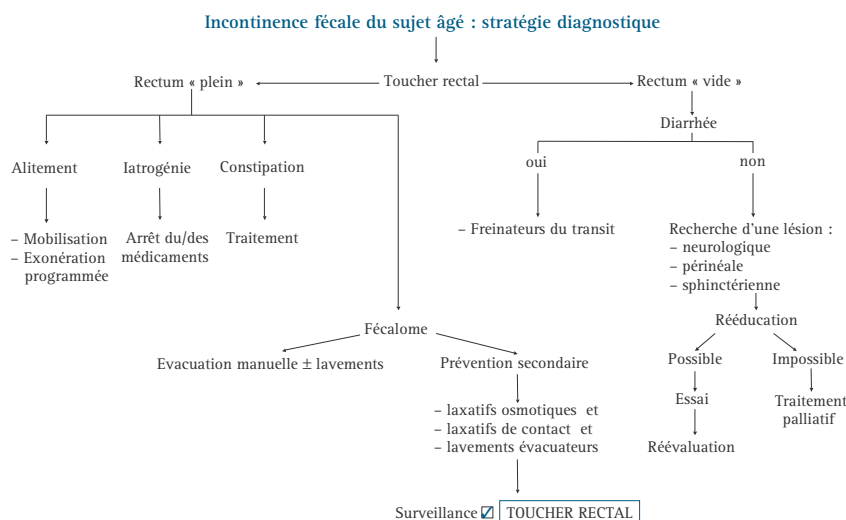


Figure 2. – Incontinence fécale du sujet âgé : stratégie diagnostique



charge de l'incontinence en traitant sa constipation. Devant cette association constipation-incontinence fécale, des options non médicamenteuses et médicamenteuses seront successivement envisagées.

## Mesures non médicamenteuses

### BIOFEEDBACK

Le biofeedback est en théorie indiqué dans la prise en charge des malades souffrant de constipation distale. Il est tout particulièrement indiqué en cas de dyssynergie anorectale ou d'anisme. Cette technique n'est pas validée chez les sujets âgés. Elle n'est pas recommandée par les comités d'experts. Le biofeedback sera donc ponctuellement discuté chez des malades âgés motivés, ayant des compétences cognitives intactes.

### AUTRE MESURES

Des protocoles de soins basés sur la conduite systématique aux toilettes associés à des mesures diététiques (régimes enrichis en fibres alimentaires) sont quotidiennement utilisés en gériatrie bien que leur efficacité n'ait pas toujours été mesurée tant dans le domaine de la constipation que dans celui de l'incontinence.

## Mesures médicamenteuses

La seconde approche thérapeutique consiste à proposer des traitements laxatifs aux malades ayant une incontinence associée à une constipation distale. Dans une étude randomisée menée chez plus de 200 sujets âgés en moyenne de 85 ans, un traitement laxatif a été proposé. Ces malades avaient simultanément une incontinence fécale et à une constipation distale [14]. Lorsque l'objectif thérapeutique était atteint, soit une obtention durable de la vacuité rectale, une réduction d'un tiers de la fréquence des épisodes d'incontinence était constatée. De manière conjointe, la charge de soins (mesurée sur le temps de change des malades) pour traiter l'incontinence de ces résidents était réduite de 40%.

En résumé, en cas d'incontinence fécale associée à une constipation distale le traitement de la constipation doit avoir pour objectif l'obtention d'une vidange rectale complète et durable. Cet objectif doit être évalué en réalisant périodiquement un toucher rectal, seule méthode valide permettant de vérifier l'efficacité du traitement et de dépister en cas d'échec la récurrence d'un fécalome.

Il existe donc des données épidémiologiques et en particulier des facteurs de risque communs entre incontinence fécale et constipation. Ces symptômes peuvent s'observer isolément ou en association probablement chez un malade sur deux après 80 ans. Le diagnostic clinique d'une constipation impose de vérifier que les critères objectifs de la maladie soient réunis. Le traitement d'une constipation doit être réévalué périodiquement pour ne pas à tort prolonger inutilement de coûteux et inutiles traitements chez des malades poly médicamenteux. L'association incontinence fécale-constipation distale est classique ce dernier symptôme pouvant être amélioré avec le traitement efficace de la constipation.

## RÉFÉRENCES

1. Katz S, Dowtn TD, Cash HR. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10 : 20-30.
2. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Bohn R, Minaker KL. How do older persons define constipation? Implications for therapeutic management. *J Gen Intern Med* 1997; 12 : 63-6.
3. Talley N, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on general practice sample. *Am J Gastroenterol* 2003; 98 : 1107-11.
4. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irving EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 : 1143-7.
5. Campbell AJ, Busby WJ, Horwath CC. Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47 : 23-6.
6. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* 1990; 80 : 185-9.
7. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, Leroi AM, Perrigot M, Weber J. Etude de la prévalence de l'incontinence anale chez l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 1992; 16 : 344-50.
8. Chassagne P, Landrin L, Neveu C, Czernichow P, Bouaniche M, Denis P, Bercoff E. Fecal incontinence in the institutionalized patients : incidence, risk factors and prognosis. *Am J Med* 1999; 106 : 185-90.
9. Nakanishi N, Tatara K, Shinsho F, Murakami S, Takatorige T, Fukuda H, Nakajima K, Naramura H. Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly living at home. *Age Ageing* 1999; 28 : 301-6.
10. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Bohn R, Minaker KL. Bowel habit in relation to age and gender. Findings from the national health survey and clinical implications. *Arch Intern Med* 1996; 156 : 315-20.
11. Quander CR, Morris MC, Melson J, Bienias JL, Evans DA. Prevalence and factors associated with fecal incontinence in a large community study of older individuals. *Am J Gastroenterol* 2005; 100 : 905-9.
12. Fleshman JW, Dreznik Z, Cohen E, Fry RD, Kodner IJ. Balloon expulsion test facilitates diagnosis of pelvic floor outlet obstruction due to non relaxing puborectalis muscle. *Dis Colon Rectum* 1992; 35 : 1019-25.
13. Kiff ES, Barnes PRH, Swash M. Evidence of pudendal neuropathy in patients with perineal descent and chronic straining at stool. *Gut* 1984; 25 : 1279-82.
14. Chassagne P, Jégo A, Gloc P, Capet C, Trivalle C, Doucet J, Denis P, Bercoff E. Does treatment of constipation improve fecal incontinence in institutionalized elderly patients? *Age Ageing* 2000; 29 : 159-64.

• • • • • • • •

## RÉSUMÉ

### Exonération du sujet âgé : spécificités

- Les critères cliniques de constipation sont ils réunis ?
- Les facteurs de risque de constipation comme les médicaments ont ils été recherchés ?
- L'autonomie fonctionnelle du malade âgé a t'elle été mesurée ?
- Face à une incontinence fécale récente a t'on recherché des éléments témoignant d'une constipation distale associée ?
- L'interrogatoire est insuffisant pour évaluer l'efficacité du traitement dans une constipation chez le sujet âgé .
- L'association constipation distale-incontinence doit toujours être recherchée car elle est accessible à un traitement qui permettra de réduire les conséquences de l'incontinence.

Ph Chassagne , 17 mars 2006