

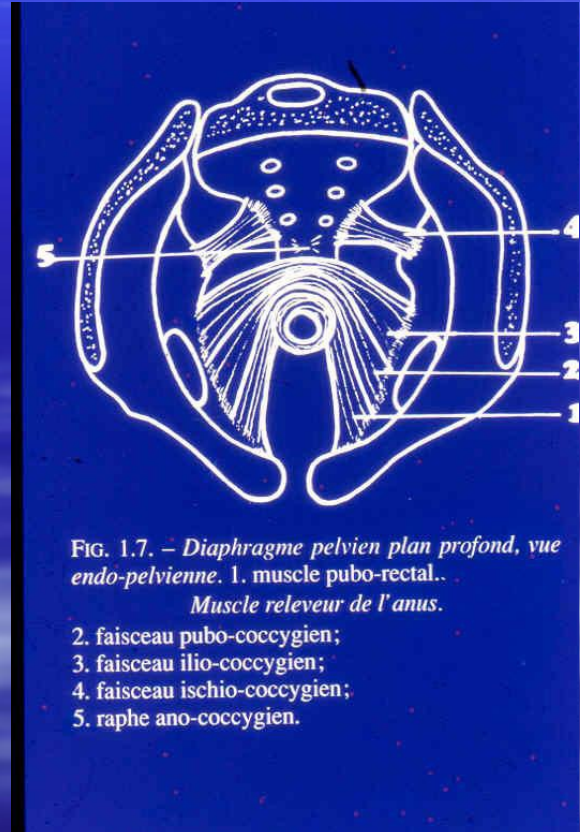
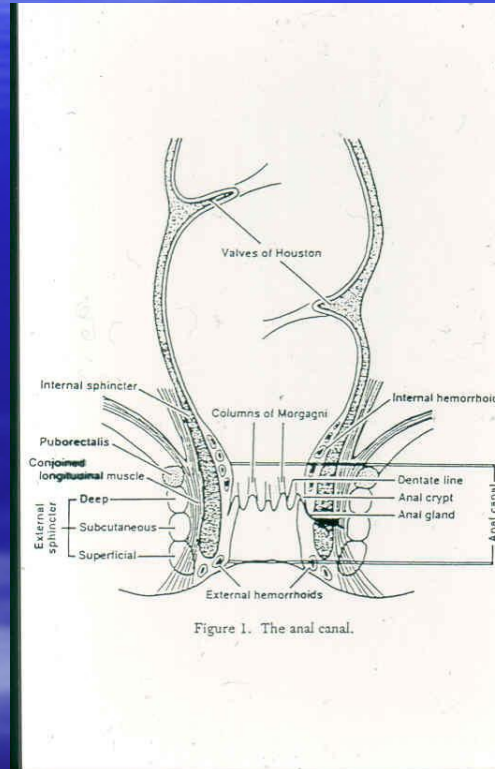
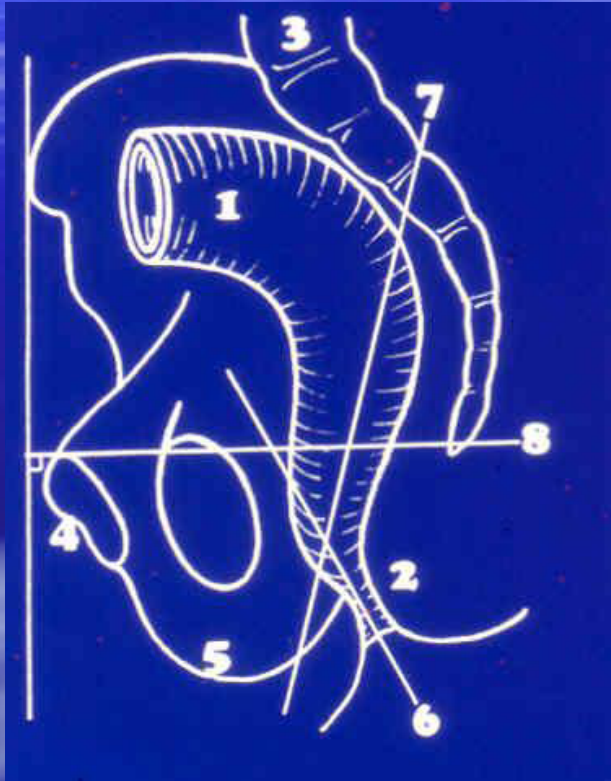
Constipation

H.Lardy

Séminaire du collège

Paris septembre 2015

Un peu de physiologie



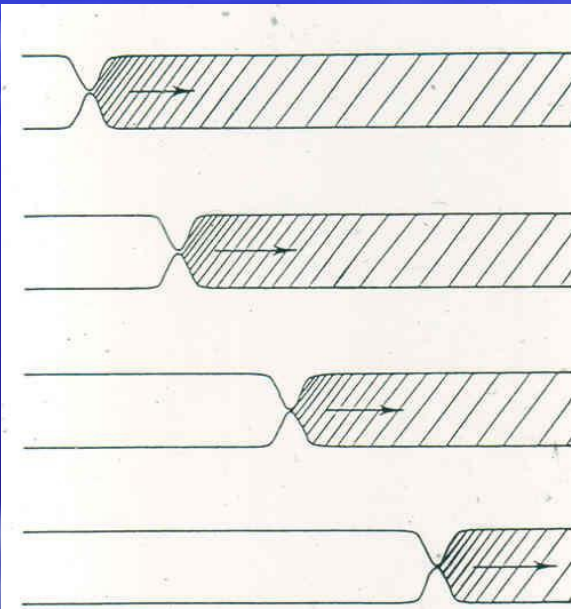
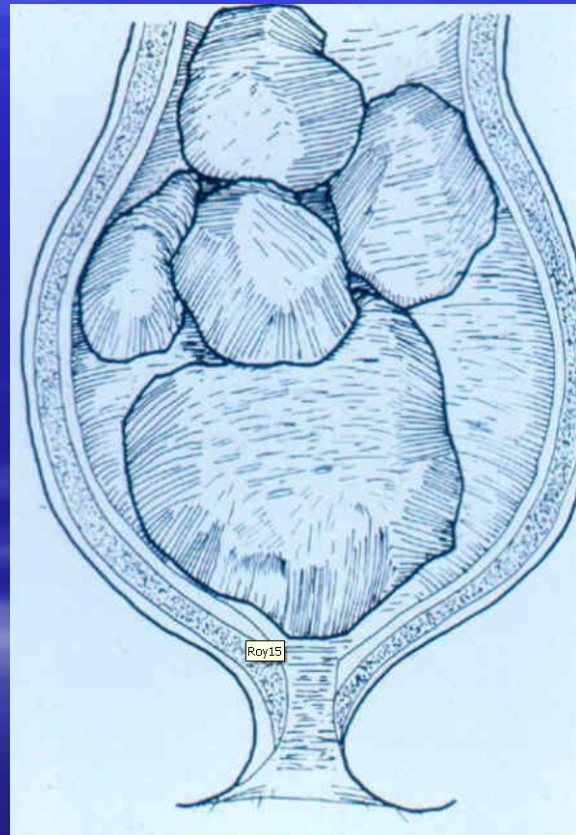


Fig. 3 The effect of electrical activity in Fig. 2 producing an aboral propagating contraction with propulsion of luminal contents



Fonction défécatoire



Physiologie ano-rectale

Appareil recto-anal au repos:

- Rectum vide
- Continence assurée par:
 - sphincter lisse: 80%
 - activité tonique du sphincter externe
 - angulation recto-anale (flap valve)

Physiologie ano-rectale

- Contractions du sigmoïde
- Remplissage du rectum
- Augmentation des pressions intra-rectales
- SNC et RRAI

Continence et défécation

- Rectum : sensation de réplétion
- Sangle des releveurs
- Sphincter interne
- Sphincter externe

Constipation

- Anomalie de la consistance des selles ou de leur élimination:les selles sont trop volumineuses ou trop dures,le passage n'est pas assez fréquent,il est douloureux et incomplet.
- Le transit varie beaucoup d'un sujet à l'autre et change considérablement entre la naissance et l'adolescence.La constipation revêt donc des aspects différents suivants l'âge auquel elle survient.
- Les désordres fonctionnels du système gastro-intestinal de l'enfant ont été classifiés selon les critères de Rome
- Source d'inconfort

Constipation

- La constipation et les symptômes qui l'accompagnent est un des motifs les plus fréquents de consultation en pédiatrie.
- Le diagnostic est essentiellement clinique et repose sur l'anamnèse et l'examen clinique
- Les causes organiques sont rares(5%) et la constipation est le plus souvent fonctionnelle

Critères de Rome

- La constipation se définit comme l'existence durant 12 semaines (non impérativement consécutives) au cours des 12 mois précédents d'au moins 2 des symptômes suivants :
 - Difficultés d'exonération des matières fécales pour au moins une défécation sur quatre
 - Selle dure ou fractionnée (1 défécation/4)
 - Sentiment de défécation incomplète (1 défécation/4)
 - Sensation de blocage ano-rectal (1 défécation/4)
 - Nécessité de manœuvres pour faciliter la défécation (1 défécation/4)
 - Fréquence des défécations < 3/semaine, chez des patients n'ayant pas de matières fécales liquides ni d'autres signes évocateurs de colopathie fonctionnelle

Encoprésie

- Emissions fécales répétées dans les endroits non appropriés qu'elles soient involontaires ou délibérées.
- → forme avec constipation et incontinence par débordement (soiling)
- → forme sans constipation ni incontinence par débordement (encoprésie)
- Prise en charge pédo-psychiatrique

Constipation

- Liée à un ralentissement du transit intestinal : causes médicamenteuses, hygiène alimentaire ...
- Liée à une cause « terminale » : organique (mégarectum, sténose ...) ou fonctionnelle (dyskinésie rectale, asynchronisme abdomino-périnéal, anisme...)

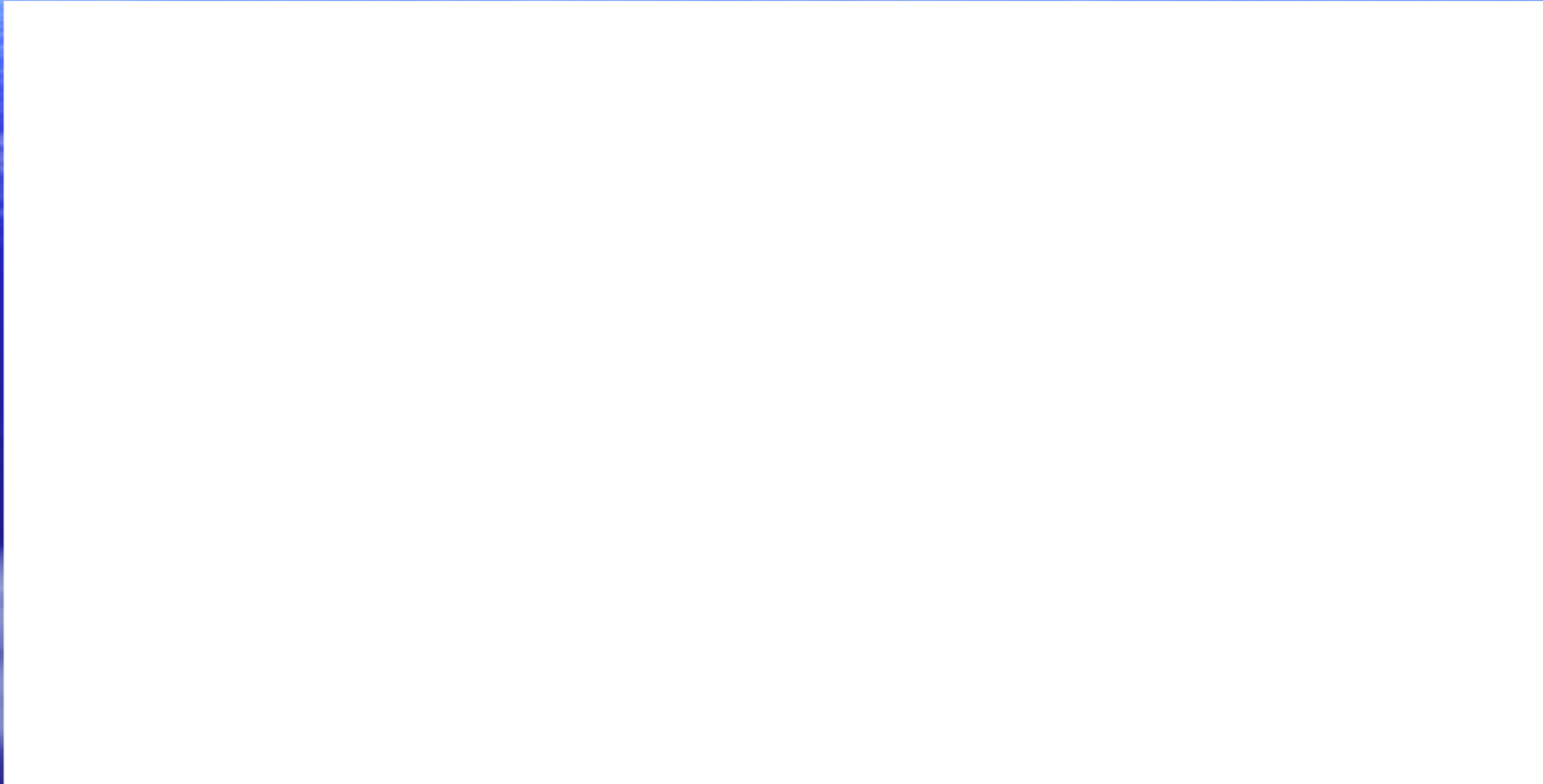
Le constipé et le chirurgien pédiatre

- Motif fréquent de douleur abdominale
- Parfois cause de masse abdominale
- Pas de fièvre
- Première cause de rétention aiguë d'urines chez l'enfant
- Contexte global : malformatif, IMC, pathologie neurologique périphérique
- Antécédents chirurgicaux : MAR, Hirschsprung....

Constipation et douleur abdominale

- Constipation souvent méconnue
- Mauvaise hygiène de vie: alimentaire et hydrique, sédentarité, accès aux toilettes scolaires, activités ludiques (ordinateurs, jeux électroniques, TV, BD...)
- Examen clinique complet
- Examiner l'anus !

Examen clinique anal



Constipation et douleur abdominale

- Attention de ne pas attribuer la douleur à une rétention stercorale modérée
- Contexte psychologique en environnement familial
- Pas d'examen complémentaire indispensable

Examens complémentaires

- ASP : ne pas en abuser !
- Echo ?
- Transit aux pellets
- Lavement opaque : non
- Manométrie ano-rectale
- Manométrie colique

Constipation et MAR

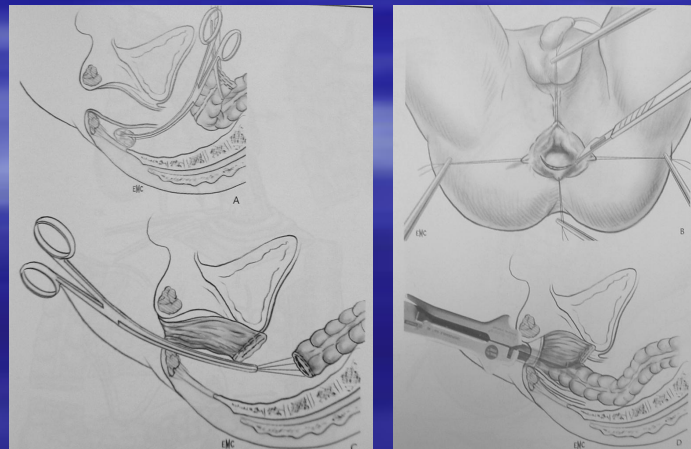
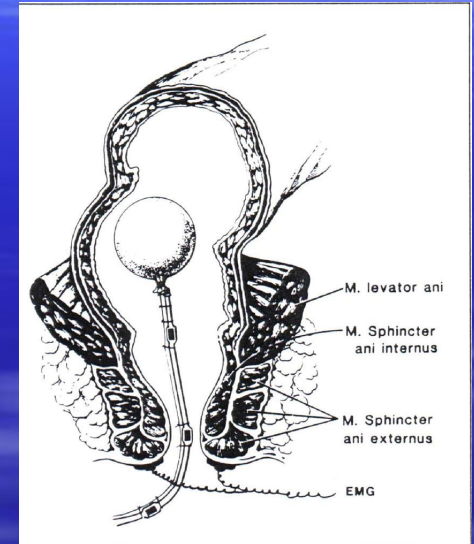
- Qualité de la réparation chirurgicale
 - Modelage du cul de sac rectal pour éviter le mégarectum
 - Canal anal : discrimination gaz- selles
 - Préservation sphinctérienne
 - Préservation vasculo-nerveuse
- Attention à la chronicité des symptômes
 - Rétention stercorale chronique : danger !!!

Constipation et Hirschsprung

- Formes tardives révélées par une constipation chronique : y penser !
- Faire un bilan complet : évacuation stercorale puis lavement opaque, manométrie et biopsie
- Formes ultra-courtes ? Biopsies trop basses. Ce sont plutôt des dystonies sphinctériennes internes avec mégarectum

Constipation et Hirschsprung

- Technique chirurgicale ?
 - Duhamel : éperon ?
 - Sténose ?
 - Hypertonie ? : Manométrie
 - Méga-rectum ? : opacification



Le volvulus du côlon pelvien

- Pathologie rare
- Dolicho-colon
- Constipation « de transit » fréquente
- Tableau aigu, urgence car complications possibles
- Dévolvulation endoscopique
- Manométrie ano-rectale
- Place de la résection colique segmentaire ?

Constipation et prolapsus rectal



Prolapsus extériorisé026

Constipation et prolapsus rectal

- La constipation est la cause principale du prolapsus rectal
- Le traitement n'est pas chirurgical
- Traitement de la constipation +++
- Place des injections sclérosantes
- Plusieurs séances sont souvent nécessaires

Autres entités

- POIC : pseudo occlusions intestinales chroniques
- Anomalies neurologiques du cône terminal
 - importance de l'examen neurologique
 - IRM médullaire
- Défauts de la paroi abdominale : syndrome de Prune-Belly

Mesures thérapeutiques générales

- Conseils hygiéno-diététiques: ne pas être trop coercitif (hydratation, fibres, activité physique)
- Huiles: paraffine
- Laxatifs osmotiques sucrés: lactulose, lactitol
- Macrogol, préparation coloscopie, importal, duphalac
- Starters de la défécation: suppositoires glycérine ou Eductyl, lavements PEG, forlax, movicol
- Soins locaux des fissures anales
- Régulateurs du transit, anti-spasmodiques
- Rééducation ou biofeedback
- Prise en charge psychologique

L' évacuation des fécalomes

- Potentiellement dangereuse !
- Risque de choc septique
- Antibiothérapie intra-veineuse dans les grandes rétentions stercorales
- AG parfois nécessaire !
- Lavements rétrogrades : eau tiède, PEG
- Laxatifs per os

Mesures spécifiques

- Hirschsprung « rétentionniste » : place des injections intra-sphinctériennes de toxine botulique : effet temporaire
- Sphinctéromyotomie anale ???
- Place du biofeedback surtout s'il existe un asynchronisme abdomino-périnéal : à partir de 6-7 ans
- MAR : Bowel management, lavements rétrogrades, Intervention de Malone, neuro stimulation, chirurgie du méga-rectum ?

En conclusion

- Diversité des tableaux de constipation
- Connaître l'anatomie de son patient (antécédents chirurgicaux)
- Etudier la physiologie défécatoire
- Prise en charge multidisciplinaire (gastro-pédiatre, rééducation, évaluation psychologique....)
- Suivi à long terme nécessaire