

CONSTIPATION ET HÉMORROÏDES

Bien peu d'affections sont aussi courantes et aussi bénignes. Bien peu d'affections donnent lieu à autant d'idées reçues et autant à l'automédication.

Nous allons donc, pour la constipation, puis pour les hémorroïdes, passer en revue et combattre les idées reçues les plus répandues.

On considère dans ce qui suit que les sages-femmes prennent en charge des femmes jeunes.

Les pathologies graves, telles que les maladies inflammatoires et les cancers, ne seront pas évoquées.

Le fonctionnement de l'intestin est un peu plus complexe qu'on croit. Les selles n'avancent pas dans l'intestin comme l'eau dans un tuyau d'arrosage ! Et en plus cette tuyauterie est équipée d'un cerveau qui vient tout compliquer.

Le mot que vous prononcez le plus fréquemment n'est-il pas « poussez ! » ? On pousse pour accoucher, pour déféquer, normalement on ne pousse pas pour uriner – ou peu – mais 40 à 70 % des femmes poussent pour uriner.

→ POUSSÉE ABDOMINALE ET DÉFÉCATION

Cette poussée est suivie d'une contraction de la musculature rectale puis de la relaxation du canal anal. Toute perturbation de cette séquence entraîne une dyschésie : c'est-à-dire une difficulté à évacuer les selles.

On peut écrire que la quasi-totalité des affections proctologiques (hors infections) découlent de cette poussée : hémorroïdes, fissures, procidence, prolapsus, cysto-rectocèles...

Le temps nécessaire pour obtenir une sensation satisfaisante de vidange rectale est fonction de la position du bassin. La position la plus physiologique est la posture accroupie qui dirige la poussée vers l'arrière et le bas et accentue l'ouverture des sphincters. La plus employée en Europe est la position assise. La pire est la position alitée. Il est périlleux de vouloir s'accroupir sur la lunette des toilettes publiques.

La défécation est un enchaînement de séquences précises. C'est un peu plus compliqué et fragile qu'on croit.

Normalement, à l'état basal le rectum est vide. On imagine aisément que le fait de le maintenir plein entraîne des désagréments.

Une à deux fois par jour (surtout le matin après le petit-déjeuner) le réflexe gastro-colique propulse les matières dans le rectum.

La distension rectale est transmise au cortex. Traduction : envie d'aller à la selle...

Le réflexe recto-anal inhibiteur (RRAI) ouvre le bas rectum et permet l'analyse du contenu : gaz, liquide, solide puis nouvelle transmission au cortex frontal.

Le centre de commande supraspinal (tronc cérébral voisin de celui de la miction) autorise ou pas la défécation.

Si la défécation est autorisée

- L'angle ano-rectal s'ouvre (encore mieux si les pieds sont surélevés).
- Le muscle pubo-rectal et le sphincter externe se relâchent.
- La musculature longitudinale du rectum se contracte : c'est la propulsion.
- Le RRAI permet la vidange du sigmoïde (contrôle paraΣ).
- Le releveur (excepté le puborectal) se contracte pour limiter la descente périnéale et donc l'étirement excessif des nerfs et des ligaments.
- Enfin, le pubo-rectal et le sphincter externe se contractent pour refermer l'angle ano rectal.
- Si une seule de ces étapes est rendue impossible, l'exonération devient difficile, voire incomplète, même si les selles sont molles. C'est la constipation terminale.

Si la défécation n'est pas autorisée

- La paroi rectale se distend. La pression intra-rectale diminue. La sensation de besoin disparaît. Le sphincter externe et le releveur reviennent à un tonus normal après une phase de contraction qui contrarie le besoin.
- Le déclenchement de la défécation ou son retardement sont du ressort du cortex cérébral donc très influençables. Le conditionnement y joue un rôle considérable. Le simple changement d'habitude (voyage, hospitalisation) peut suspendre l'évacuation pendant plusieurs jours.
- On peut en revanche "utiliser" ce conditionnement pour améliorer ou rétablir une défécation perturbée ou absente en recréant un environnement habituel.

→ L'ÉVACUATION

Que dit l'EBM (*Evidence Based Medecine*) ? Pas grand-chose !



LA POSITION LA PLUS PHYSIOLOGIQUE EST LA POSTURE ACCROUPIE QUI DIRIGE LA POUSSÉE VERS L'ARRIÈRE ET LE BAS ET ACCENTUE L'OUVERTURE DES SPHINCTERS.



La constipation définie par les malades et celle de l'Académie (critères de Rome) ne concordent que dans 20 à 30 % des cas.

Les troubles de l'évacuation sont très fréquents chez les malades qui se disent constipés.

La constipation altère la qualité de vie en général (et la vie sexuelle en particulier).

La constipation motive rarement un avis médical spécialisé.

◆ POINTS ESSENTIELS AVANT D'ENVISAGER UN TRAITEMENT

- Les troubles de l'évacuation sont une cause de constipation.
- Les troubles de l'évacuation donnent un tableau clinique difficile à isoler des autres causes de constipation.
- Des explorations complémentaires sont nécessaires pour connaître la cause de la constipation. Les tests les plus simples sont l'épreuve d'expulsion de ballonnet et le temps de transit colique (TTC).
- Les causes des troubles de l'évacuation peuvent être d'origine fonctionnelle ou anatomique.

ÉTIOLOGIES FONCTIONNELLES

- L'anisme ou dyssynergie périnéale est une constipation fonctionnelle avec :
 - Contraction paradoxale du périnée à la poussée,
 - Force propulsive rectale efficace,
 - Évacuation incomplète du rectum.
- Les anomalies rectales : troubles de la sensibilité (dyschésie), mégarectum.

ÉTIOLOGIES ANATOMIQUES

- Facilement éliminées : sténose rectale, tumeur rectale, Maladie de Hirschsprung, rectites chroniques.
- Les troubles de la statique pelvienne dominés par la rectocèle (conséquence de la dyschésie considérée à tort comme cause organique).
- Le prolapsus rectal interne (également conséquence des efforts de poussée défécatoire exagérés).

→ TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

En première ligne

• Les fameuses règles hygiéno-diététiques

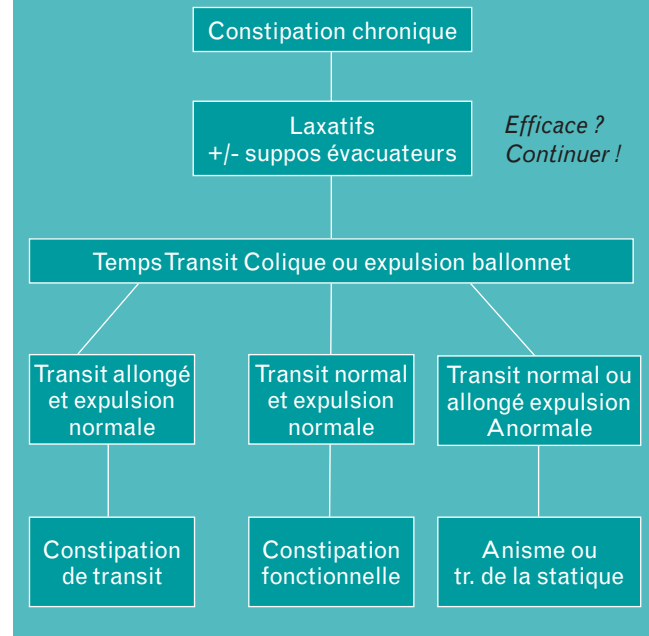
Un grand nombre d'idées reçues continuent à circuler tant chez les patientes que chez les médecins. Il n'est pas question de les perpétuer ici mais au contraire de les combattre, même au risque de passer pour iconoclaste.

• Les conseils défécatoires

Les conseils simples sont souvent les plus efficaces mais rarement suivis.

Ils découlent de ce qui a été écrit plus haut. Ne pas différer le besoin d'aller à la selle. Y consacrer le temps nécessaire (variable d'un individu à l'autre, vous l'aurez remarqué).

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE D'UNE CONSTIPATION



Optimiser les conditions locales : masquer les bruits, la vue et l'odeur. Surélever les pieds avec un marchepied suffisamment haut surtout pour les femmes de petite taille.

• La ration hydrique

Il faut boire... répètent les médecins depuis Molière... Il n'existe aucun argument dans la littérature médicale internationale permettant de valider ce conseil, sauf si vous buvez moins d'un demi-litre d'eau par jour. Aucune eau minérale n'a démontré une quelconque efficacité pour traiter la constipation, modifier la fréquence ou la consistance des selles. Le seul effet démontré de l'augmentation de la ration hydrique est un passage plus fréquent aux toilettes pour faire... pipi. En fait, il faut boire mais après avoir ingéré un produit qui retient l'eau dans la lumière colique : le macrogol.

• L'exercice physique

Le bénéfice de l'activité physique sur la constipation n'a jamais été démontré. Dans une étude scandinave randomisée de 2005 réalisée chez des sujets constipés et sédentaires, l'activité physique régulière pendant 12 semaines a diminué le temps de transit colique de 79 à 58 heures mais la fréquence des selles n'a pas été modifiée. Argument supplémentaire : de nombreuses jeunes femmes sportives très constipées consultent chaque jour les cabinets des gastro-entérologues, bien qu'elles boivent les deux litres prescrits et qu'elles soient quasi végétariennes. Ce qui nous amène au sujet suivant.

• Les fibres

Un régime pauvre en fibres est communément admis comme responsable de la constipation. C'est moins évident qu'on

croit. La majorité des études ne retrouve aucune relation entre fréquence des selles et apport en fibres. Une revue de la littérature de 2011 a analysé 3146 études portant sur l'efficacité des fibres dans la constipation chronique. **Seulement six études** étaient correctes sur le plan méthodologique. Seules les fibres solubles (les pectines, les gommes et les mucilages) ont montré un effet sur les symptômes. L'effet des fibres sur la constipation distale est donc très modeste. En revanche, nous ne sommes pas, jusqu'à preuve du contraire, des herbivores et si on a le côlon un peu fragile l'augmentation de la prise quotidienne de fibres se traduit à coup sûr par les effets indésirables classiques que sont les douleurs abdominales, les ballonnements qui font dire aux patientes incrédules: « *c'est bien simple, Docteur, je ne sais plus quoi manger!* ».

• Les laxatifs oraux

Paradoxalement, les études randomisées en double aveugle comparant les laxatifs au placebo sont rares ou méthodologiquement incertaines.

Les laxatifs de lest, en l'occurrence les mucilages, agissent en retenant l'eau dans la lumière colique. Ils permettent d'obtenir des selles plus souples, plus volumineuses, plus consistantes et plus fréquentes. Inconvénient: les ballonnements. Psyllium, ispaghule, gomme sterculia...

• Les laxatifs osmotiques

Ce sont les macrogols et les sucres non absorbables: lactulose, sorbitols... Clairement, ces derniers sont à bannir de nos habitudes de prescriptions. Il suffit d'écouter les patientes. Ces sucres induisent des fermentations coliques et augmentent les flatulences (tant redoutées par la gent féminine). Les macrogols (Movicol, Forlax, Transipeg) retiennent également l'eau dans le côlon. Ils n'ont aucun effet sur la motricité intestinale.

• Les laxatifs émoulinants

C'est l'huile paraffine. Peu d'indications en 2017 au regard des effets secondaires: suintement anal, malabsorption des vitamines liposolubles...

• Les suppositoires laxatifs

La meilleure indication est la dyschésie. Suppos de glycérine et Eductyl. Ils sont efficaces pour déclencher la défécation et initier une rééducation du réflexe défécatoire. Les irritations anales ou rectales sont rares.

Traitements de deuxième ligne

• Les laxatifs stimulants

Anthraquinones, bisacodyl, bourdaine, séné, huile de ricin. Ces substances ont une double action: motrice par stimulation des terminaisons nerveuses, et sécrétoire par irritation directe de la muqueuse. Leur mauvaise réputation n'est pas tout à fait justifiée. Il est cependant préférable de les réserver aux constipations rebelles: alitement prolongé, malades sous morphiniques, malades neurologiques sévères... La mélanose colique témoigne de leur utilisation mais n'a aucun retentissement clinique.

• Les laxatifs rectaux

Dulcolax, Rectopanbiline agissent en provoquant des contractions rectales par stimulation de la motricité colique. Sur le long terme ils provoquent des irritations rectales.

Les microlavements: Microlax, Norgalax ont une action osmotique locale et déclenchent le réflexe défécatoire. À éviter en cas de pathologie proctologique: hémorroïdes, fissure...

Les lavements évacuateurs type Normacol sont à réserver aux situations occasionnelles comme les fécalomes, les troubles neurologiques, inertie colique, mégarectum...

Les nouveaux traitements

Trois nouvelles classes thérapeutiques récentes déjà évaluées ou en cours d'évaluation.

Agonistes des récepteurs 5-HT₄ de la sérotonine.

L'activation de ces récepteurs conduit à une libération accrue d'acétylcholine et donc une augmentation du péristaltisme. Le tégaserod a été retiré du marché en raison de complications cardio-vasculaires. Le prucalopride (Resolor) est indiqué chez les femmes prenant déjà deux laxatifs sans effet notable. Dans la pratique courante son coût est le principal frein à une prise prolongée.

Pour être complet signalons deux axes de recherche:

- **Les sécrétagogues coliques:** lubiprostone, linaclotide agissent directement sur l'entérocyte et augmentent la sécrétion d'eau par le côlon.
- **Les antagonistes opioïques:** le bromure de méthyl-naltrexone (Relistor) est utilisé dans le traitement de la constipation liée aux opiacés, notamment en soins palliatifs.

Plus on pousse fort sur des selles dures, plus on a de chances de saigner.

La transition est faite vers les hémorroïdes.

Là encore, que d'approximations, que d'idées reçues, que d'automédications hasardeuses...

La pathologie hémorroïdaire est l'arbre qui cache la forêt. Même les enfants dans le ventre de leur mère ont déjà des hémorroïdes. Ce sont les coussinets.

Les hémorroïdes n'ont aucun rapport avec les veines. Les saignements sont rouge vif. C'est du sang oxygéné, artériel et non du sang veineux noir.

Il existe deux réseaux hémorroïdaires:

- **Les hémorroïdes externes** qui n'ont qu'une seule façon de se manifester: la thrombose hémorroïdaire externe, qui, si elle n'est pas traitée, laisse une marisque résiduelle qui restera *ad vitam*.
- **Les hémorroïdes internes** qui donnent des douleurs, des saignements...

La douleur est due à une anite hémorroïdaire. Les meilleurs traitements sont les anti-inflammatoires, sauf si grossesse.

Le saignement n'a rien de mystérieux : il est mécanique. Le saignement est d'autant plus fréquent et important que les hémorroïdes sont gonflées et congestives.

On distingue quatre stades :

- 1 hémorroïdes normales ;
- 2 hémorroïdes congestives ;
- 3 hémorroïdes procidentes à la poussée ;
- 4 hémorroïdes prolabées en permanence.

En résumé, dans un pays riche comme le nôtre, on opère les gens qui le demandent quand la pathologie hémorroïdaire empiète dans leur vie personnelle, professionnelle, sportive ou sexuelle.

Les hémorroïdes, quand s'est bien opéré, c'est comme les doigts coupés : ça ne repousse pas !

Les hémorroïdes se manifestent par crises douloureuses qui durent une semaine sans aucun traitement et sept jours avec un bon traitement. Si la douleur est présente chaque matin après la selle, tous les jours, sans accalmie, il faut chercher une autre affection.

Il ne faut pas passer sous silence la fissure anale qui est probablement aussi fréquente que les hémorroïdes chez les parturientes.

On distingue deux types de fissure :

- **La fissure "traumatique"** qui survient après un accident : accouchement, constipation exceptionnelle, sodomie trop hâtive ou autre... Elle guérit toute seule en quelques semaines.
- **La maladie fissuraire** qui résulte d'une mauvaise répartition des forces à l'ouverture du canal anal lors de la défécation. Si elle parvient à cicatrifier au prix d'un bloc rigide, elle récidive à la première selle un peu dure. La chirurgie guérit la fissure à coup sûr. C'est garanti à vie, même si accouchement par voie basse, constipation ou sodomie...

Souvent la fissure finit par s'infecter. On opère une fistule au lieu d'une fissure. C'est égal.

Même si hémorroïdes et fissure arrivent en tête sur le podium, il ne faut oublier que le traité des maladies de l'anus et du rectum comporte plusieurs centaines de pages.

→ CONCLUSION

Il ne devrait plus y avoir de femmes constipées en France en 2017. De nombreux traitements sont disponibles. Dans l'immense majorité des cas, la prescription de Macrogol peut suffire. La thérapeutique est d'autant plus efficace que le mécanisme en cause est clairement identifié, ce qui est rarement le cas.

Même si elles cachent la forêt des affections proctologiques, les hémorroïdes ne résument pas à elles seules la pathologie anale. Une consultation avec un vrai proctologue permet de faire la part des choses et un traitement efficace et définitif. •

POUR EN SAVOIR PLUS

Défécation

- Amarenco G, Sénéjoux A, *Pathologies de toilettes*, Springer-Verlag, Paris, 2013.
- Pauwels E, De Laet K, De Wacher S, Windele JJ, 2006, *Healthy, middle-aged, history-free, continent women - do they strain to void?* J Urol 175: 1403-7.
- Sikirov D, *Comparison of straining during defecation in three positions: results and implications for human health, 2003*, Dig Dis Sci 48: 1201 - 5.
- Siproudhis L, Pigot F, Godeberg P et al. 2005, *Defecation disorders: a French population survey*. Dis Colon Rectum 49: 219 - 27.
- Denoya P, Sands DR, 2008, *Anorectal physiologic evaluation of constipation*, Clin Colon Rectal Surg 21: 114 - 21.

Constipation

- Belsen J, Greenfield S, Candy D, Geraint M, 2010, *Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children*. Alimentary Pharmacy Ther 31: 938 - 49.
- Drossman DA, 2006, *The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process*. Gastroenterology 130: 1377 - 90.
- Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C, 2011, *Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review*. Best practice & research. Clin Gastroenterol 25: 3 - 18.
- Withehead WE, Chiarioni G, 2011, *Adopting new enrollment criteria for pharmaceutical trials in constipation: look before leaping*. There Adv Gastroenterol 4: 165 - 8.
- Ford AC, Suares NC, 2011, *Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis*. Gut 60: 209 - 18.

Fibres

- Otlés S, Ozgöz S, *Health effects of dietary fiber*. Acta Sci Pol Technol Aliment. 2014 Apr-Jun; 13 (2): 191-202.
- Eswaran S, Muir J, Chey WD, *Fiber and functional gastrointestinal disorders*. Am J Gastroenterol. 2013 May; 108 (5): 718-27.
- Schmier JK, Miller PE, Levine JA, Perez V1, Maki KC, Rains TM, Devareddy L, Sanders LM, Alexander DD. *Cost savings of reduced constipation rates attributed to increased dietary fiber intakes: a decision-analytic model*. BMC Public Health. 2014 Apr 17; 14: 374.
- Lever E, Cole J, Scott SM, Emery PW, Whelan K. *Systematic review: the effect of prunes on gastrointestinal function*. 2014 John Wiley & Sons Ltd.
- McRorie, JW, Chey, WD, *Fermented Fiber Supplements Are No Better Than Placebo for a Laxative Effect*. Dig Dis Sci. 2016 Nov; 61 (11): 3140-3146.
- Woo HI, Kwak SH, Lee Y, Choi JH, Cho YM, Om AS, *A Controlled, Randomized, Double-blind Trial to Evaluate the Effect of Vegetables and Whole Grain Powder That Is Rich in Dietary Fibers on Bowel Functions and Defecation in Constipated Young Adults*. J Cancer Prev. 2015 Mar; 20 (1): 64-9
- Xu L, Yu W, Jiang J, Li N, *Clinical benefits after soluble dietary fiber supplementation: a randomized cli-*

nical trial in adults with slow-transit constipation. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2014 Dec 30; 94 (48): 3813-6.

- Markland AD1, Palsson O, Goode PS, Burgio KL, Busby-Whitehead J, Whitehead WE, *Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey*, Am J Gastroenterol. 2013 May; 108 (5): 796-803.
- Yang J, Wang HP, Zhou L, Xu CF, *Effect of dietary fiber on constipation: a meta analysis*. World J Gastroenterol. 2012 Dec 28; 18 (48): 7378-83.
- Ho KS, Tan CY, Mohd Daud MA, Seow-Choen F, *Stopping or reducing dietary fiber intake reduces constipation and its associated symptoms*. World J Gastroenterol. 2012 Sep 7; 18 (33): 4593-6
- Leung FW, *Etiologic factors of chronic constipation: review of the scientific evidence*, 2007, Dig Dis Sci. 52 (2): 313-6
- Keating GM, *Prucalopride: a review of its use in the management of chronic constipation*. Drugs. 2013; 73 (17): 1935-50.
- Müller-Lissner S, Tack J, Feng Y, Schenck F, Specht G, *Levels of satisfaction with current chronic constipation treatment options in Europe - an internet survey*. Aliment Pharmacol Ther. 2013 Jan; 37 (1): 137-45.

Activité physique

- Peters HP, De Vries WR, Vanberge-Henegouwen GP, Akkermans LM, *Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract*. Gut. 2001 Mar; 48 (3): 435-9.

Apports hydriques

- Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M; *Freshmen in Dietetic Courses Study II Group*, *Association between dietary fiber, water and magnesium intake and functional constipation among young Japanese women*. Eur J Clin Nutr. 2007 May; 61 (5): 616-22.

Traitement

- Roche B, Delgado X, *La proctologie à l'usage du praticien*, 2008, Médecine et hygiène.
- Godeberg P, *Traité de proctologie*, 2007 Lavoisier MSP.
- Denis J, Ganansia R, Puy-Montbrun T, *Proctologie pratique*, 1994, Masson.
- Ehrenpreis E, Avital S, Singer M, *Anal and rectal diseases. A concise manual*. 2012, Springer.
- Siproudhis L, Panis Y, Bigard M-A, *Traité des maladies de l'anus et du rectum*. 2007, Elsevier Masson
- Goligher J, *Surgery of the anus rectum and colon*, 1985, Baillière Tindall, London.
- De Los Rios Magrina E, *Atlas de coloproctologie*, 1981, Medsi, Paris
- Soullard J, Contou J-F, *Coloproctologie*, 1984, Masson, Paris.
- Vove J-P, *Petit traité de proctologie pratique à l'usage des gynécologues*, 2016, Gynécologie Obstétrique pratique, N° 286.
- Frexinos, J, Buscaïl L, *Hépatogastroentérologie proctologie*, 2004, Masson.