FICHE N° 3

TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL ET DES EXONÉRATIONS

La constipation est une diminution du volume et de la fréquence des selles (calendrier) et une modification de leur consistance (échelle de Bristol). Toute selle dure ou toute selle liquide (diarrhée de stase) peut traduire une constipation !

L'approche clinique et thérapeutique nécessite de distinguer une constipation de transit d'une constipation terminale (quand les deux phénomènes ne sont pas associés, ce qui est fréquent chez les personnes polyhandicapées). La surveillance de l'émission de selles doit être permanente et consignée, l'aspect des selles noté.

Chez toute personne, ce qui favorise le transit intestinal et la défécation, c'est :

- un péristaltisme intestinal naturel efficace pour bien faire avancer les selles, des selles qui aient suffisamment de volume et qui soient bien souples pour bien avancer sous l'effet du péristaltisme intestinal,
- la station debout pour bien permettre le malaxage intestinal par les mouvements du diaphragme à chaque inspiration,
- la marche, sans doute notamment par l'effet de la dissociation des ceintures qu'elle provoque,
- pouvoir se présenter à la selle dès qu'on en ressent le besoin, sans différer cette satisfaction du besoin et laisser s'éteindre la sensation du besoin,
- pouvoir se mettre en bonne position pour déféquer, la meilleure position étant l'accroupissement ou les positions qui s'en approchent.
- troubles neurovégétatifs avec péristaltisme intestinal naturel appauvri ou ralenti,
- défaut de station debout, de marche et de mobilité, et au contraire station assise figée prédominante,
- alimentation parfois insuffisamment riche en fibres,
- hydratation insuffisante, et pas d'autonomie quant à la prise de liquides,
- présentation physique des aliments modifiée pour pallier aux troubles de la mastication et/ou de la déglutition (aliments mixés, boissons gélifiées),
- incapacité à exprimer le besoin ou difficulté à pouvoir le satisfaire au moment où il est ressenti,
- émoussement du besoin, lié à une distension rectale chronique,
- installation et stabilité difficiles sur les toilettes,
- intimité insuffisamment respectée lors des tentatives de défécation,
- troubles orthopédiques ou dystoniques axiaux ou des hanches, télescopage du tronc lié à une colonne vertébrale scoliotique, avec impaction pneumo-digestive, toutes conditions posturales ne facilitant pas la défécation, absence de présentation à la chaise percée (défécation dans les protections),
- hypotonie axiale et diminution de la force de poussée,
- dyskinésies,
- spasticité sphinctérienne, dyssynergie recto-anale,
- médicaments (anticholinergiques, neuroleptiques…)

De ce fait, la constipation est vraiment très fréquente chez les personnes polyhandicapées. D'ailleurs, les radiographies font très souvent état d'une "stase stercorale" diffuse. Elle peut constituer une source importante d'inconfort permanent (abdomen rempli de matières et/ou de gaz et distendu), ou de douleurs, ainsi qu'une épine irritative susceptible de majorer la spasticité, voire d'engendrer chez les personnes épileptiques des crises. Elle favorise un reflux gastro-oesophagien. Elle peut aussi se compliquer d'un fécalome ou d'un syndrome occlusif.

Les ressources thérapeutiques face à la constipation sont les suivantes :

- alimentation riche en fibres (fruits, légumes, céréales)
- hydratation suffisante : viser 1,5 L d'apports liquidiens /j chez l'adulte (tous apports confondus cf fiche hydratation) verticalisation, temps quotidiens de motricité libre, quelle qu'elle soit (au sol sur tapis de sol ou sur une aide technique de locomotion de type flèche, cadre de marche…), en fonction du niveau psycho-moteur et des possibilités motrices de la personne, au minimum changements réguliers de position
- petits massages abdominaux d'aide au transit intestinal quotidiens, réalisés à la main ou à la douchette, dans le sens des aiguilles d'une montre, par les proches soignants ou les aidants familiaux, par exemple lors de la toilette du matin, auxquels on peut associer des mobilisations passives (mobilisations circulaires des hanches, jambes pliées, dans le sens des aiguilles d'une montre)
- présentation à la selle dès que le besoin est exprimé, s'il peut l'être sinon, présentation systématique (et persévérante au long cours) dans les 30 minutes post-prandiales pour bénéficier du reflexe gastro-colique
- aménagement ergonomique et fonctionnel de la posture de défécation : station assise stable, confortable, si possible -en fonction des données neuro-orthopédiques de la personne- posture s'approchant d'un accroupissement (flexion des hanches supérieure à 100°, si nécessaire par utilisation d'un marche-pied), avec intimité visuelle, sonore et olfactive.
- éventuel suppositoire laxatif d'aide au déclenchement
- lavements doux
- lavements hypertoniques (Normacol) seulement en cas d'échec
- traitement laxatif au long cours : laxatifs osmotiques non hypoammoniémants (Macrogol PolyEthylèneGlycol), éviter les laxatifs de lest et les laxatifs lubrifiants (en raison des troubles de la déglutition).
- irrigations transanales (Peristeen) au long cours, sur avis gastro-entérologique.

Retenons l'importance des influences délétères de la constipation sur la qualité de vie et la santé des personnes polyhandicapées et la nécessité de mettre en place un faisceau de mesures vigilantes et persévérantes, quotidiennes, hygiéno-diététiques, nutritionnelles, organisationnelles, physiques, fonctionnelles et si nécessaire médicamenteuses, pour régulariser transit et exonérations.

La constipation est chez les personnes polyhandicapées un fléau à traiter avec rigueur.

Pour nous contacter :
Contact : arp.hdf@gmail.com