

# Troubles du transit chez la personne agée

Jacques Rumeau

Le 10/04/2014

# Causes

- Organiques : cancers
- Fonctionnelles : TSP

Elément le plus important :

Etat physique

# Causes organiques

- Tumeurs malignes
  - Diagnostic :  
interrogatoire  
examen clinique : **TR**  
examens para cliniques :
    - > **COLOSCOPIE**
    - > Sinon : rectosigmoïdoscopie, scanner,  
colo virtuelle, capsule colique

# Causes fonctionnelles

- Troubles de la statique rectale :

Manometrie ano-rectale

Echo sphincter anal

Défécographie dynamique

IRM pelvienne dynamique

# Constipation

- Plainte très fréquente
- 30 % sur population générale
- 20 % difficulté d'exonération

## SUJETS AGES :

3 selles hebdomadaires sans atteinte de la motricité colique

- Souvent : mélange des 2 formes de constipation

# Constipation de transit : Causes

- Endocriniennes : *Diabète, Hypothyroïdie*
  - Neurologiques : *Parkinson, AVC*
  - Immobilisation prolongée : *55 % en institution, 20 % à domicile*
  - Médicamenteuses :
    - Laxatifs ++
    - Vidal Sept. 2013 = sur 11475 spécialités → 37880 soit 33 % responsables de constipation
    - *Penser surtout : Opiacés, Antidépresseurs*
- Mais aussi IPP, Statines, AINS, Bisphosphonates***

# Constipation de transit :

## Traitements

- Règles hygiéno-diététiques :
  - Activité physique
  - Régime riche en fibres solubles
    - 6 gr pruneaux plus efficace que PSYLLIUM*
  - Apports hydriques
  - Conseils défécatoires
- LAXATIFS :
  - mucilage, paraffine, dérivés des PEG, bisacodil, prucalopride

# Constipation terminale

- Caractéristiques :
  - Efforts de poussée abdominale
  - Emission de selles dures ou fragmentées
  - Sensation de défécation incomplète, de blocage, manoeuvres digitales
- Mécanismes :
  - Vieillesse avec diminution du tonus de repos (sphincter lisse)
  - Diminution de la CV (sphincter strié)
  - Diminution de la sensibilité rectale

# Constipation terminale

- Explorations idéales :
  - Manometrie ano-rectale
  - Défécographie dynamique
    - Rectocèle
    - Prolapsus interne
    - Périnée descendant
  - IRM Pelvienne dynamique
    - Anomalies vésicales ou gynécologiques
- Pas d'intérêt si rééducation ou chirurgie non réalisables

# Constipation terminale :

## Fécalome

- Clinique :
  - Syndrome rectal avec ténésmes
  - Troubles urinaires
  - Fausse diarrhée
  - Incontinence
- Cause : diminution de la sensibilité rectale
- Diagnostic : TR
- Traitement :
  - Suppositoires
  - Microlavements
  - Lavements hypertoniques
  - *Si cause neurologique* : Peristeen - Malone

# Diarrhées

- Définies par fréquence des selles
- Diarrhées aiguës :
  - Causes habituelles
  - Hydratation ++
- Diarrhées chroniques (rares) :
  - Tumeurs
  - Pathologie du grêle
  - Séquelles de radiothérapie
- Sinon fausse diarrhée

# Diarrhées chroniques

- Traitements :
  - Arrêt des laxatifs
  - Pansements type argile
  - Cholestyramine
  - Raceladotil
  - Loperamide sauf si morphinique

# Incontinence anale

- Différents degrés
- Ressentie comme un handicap honteux
- Associée à incontinence urinaire
  - Toujours présentes après 75 ans
  - 30 % en institution
  - 50 % en psychogériatrie
  - 75 % diurne
  - Avant 75 ans : F > H (2/3)
  - Après 75 ans : F = H

# Incontinence anale

- Facteurs favorisants

- Chez la femme : accouchements, vieillissement tissulaire, carence d'oestrogène
- Chez l'homme : Post chirurgie
- Dans les 2 cas : troubles du transit, selles liquides, fécalome, maladies neurologiques

- Explorations

- TR
- Manometrie
- Echo sphincter
- IRM

# Incontinence anale

- Traitement
  - Règles hygiéno-diététiques
  - Réguler le transit : *fibres, mucilages*
  - Si selles molles ou impérieuses : *Loperamide, Codéine, Cholestyramine, Mucilages*
  - Rééducation par biofeedback
  - Neuromodulation des racines sacrées
  - TENS
  - Irrigation pour assurer vacuité colique
    - Soit trans-anale PERISTEEN
    - Soit antérograde MALONE
  - Cas difficile : OBTAL
  - Colostomie

# Diverticulose

- Très fréquente
  - 40 % au delà de 60 ans
  - 75 % au delà de 75 ans
- Pas une maladie Mais complications redoutables dans 15 % des cas
  - Infections
  - hémorragie

# Diverticulite infectieuse

- Classiquement appendicite à gauche
- Diagnostic par scanner
  - stades de hinchey
- toujours traitement médical
  - diète alimentaire
  - antibiothérapie pendant 15 jours
  - puis nouvelle estimation

# Diverticulite : Stades de Hinchey

- **Stade I :**

Abcès < 4 cm dans l'espace graisseux péri colique

→ traitement standard

- **Stade II :**

Abcès > 4 cm à distance du colon

→ traitement antibiotique + drainage sous scanner

- **Stade III :**

Péritonite purulente → laparotomie

- **Stade IV**

Péritonite stercorale → LAPAROTOMIE

# Diverticulite

- Attitude chirurgicale
  - Classique : opérer à froid après 2 poussées successives
  - **Actuelle** : plus attentiste avec traitement surtout médical
- Mais les fistules et sténoses serrées restent chirurgicales

# Hémorragie diverticulaire

- Première cause d'hémorragie digestive basse
- 3 à 5 % des cas
- Abondante, brutale
- Cède spontanément dans 80 à 90 % des cas
- Souvent un seul diverticule
- Récidive dans 20 à 40 % des cas
- Risque hémorragique très lié aux traitements par Ains, Aspirine, Fluidifiants et anticoagulants

# Hémorragie diverticulaire

- Si ne cède pas :
  - Exploration endoscopique avec ttse
  - Sérum adrénaliné
  - Clip ou ligature
- Si pas possible :
  - Angioscanner avec embolisation sélective
  - Chirurgie d'hémostase