

Traitement chirurgical de la constipation

Valérie Bridoux

Introduction

- **Indications rares**

- constipation intraitable, réfractaire, résistante à tout traitement médical, y compris les laxatifs stimulants, survenant sur un côlon morphologiquement normal

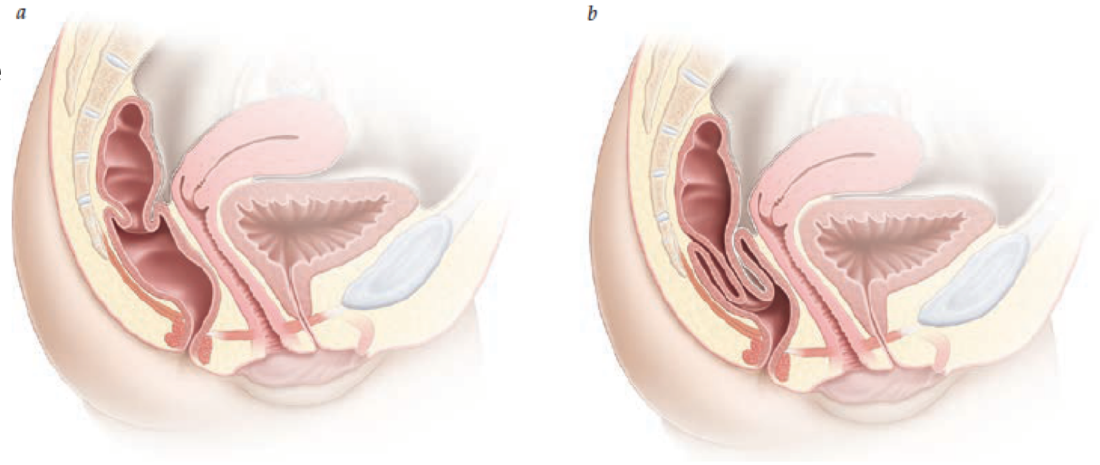
- **Echec du traitement médical +++**

- **RCP +++**

- **Bilan complet**

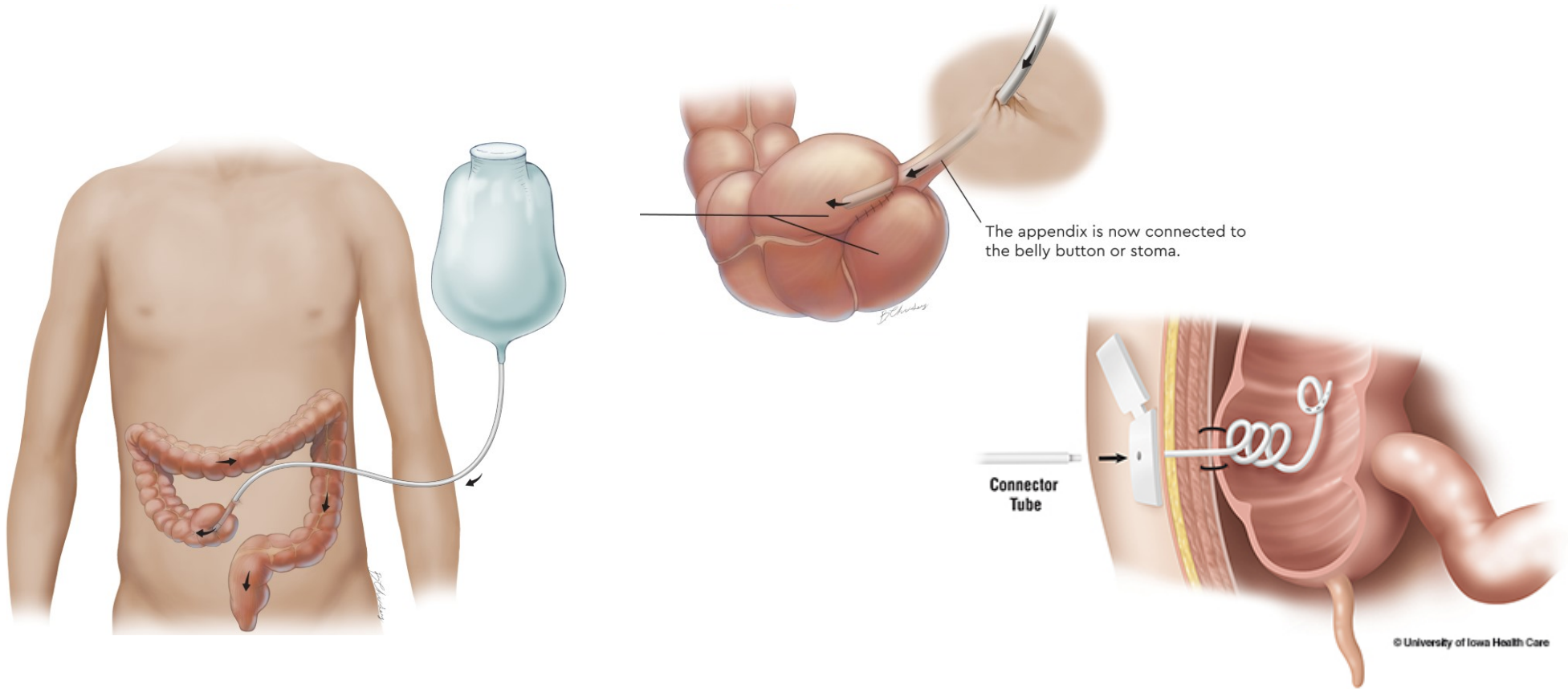
Trouble de la statique pelvienne à l'origine d'une constipation distale ?

- Prolapsus
 - Intussusception rectale ?
 - Rectocèle ?
-
- Anomalie significative
 - Seule cause de constipation terminale
 - Anisme ?
 - Constipation de transit ?
 - Périnée candidat à l'incontinence
 - Contraction volontaire ?
 - Pression de repos ?



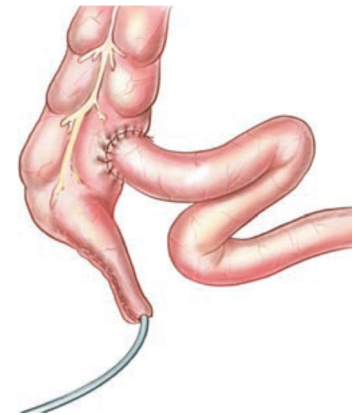
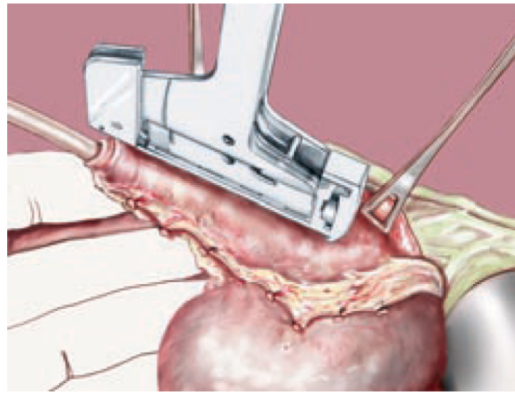
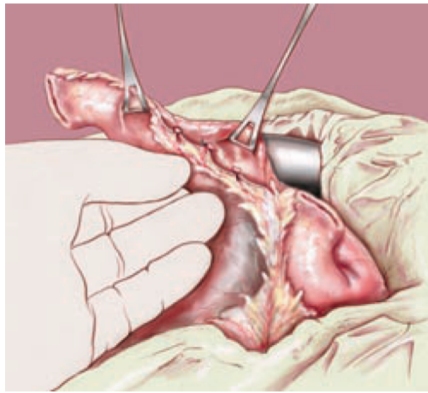
Irrigations antérogrades - Malone

Lavement antérograde à partir du caecum



Irrigations antérogrades - Malone

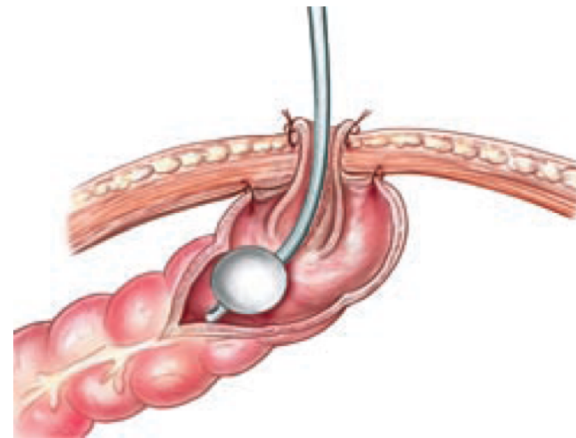
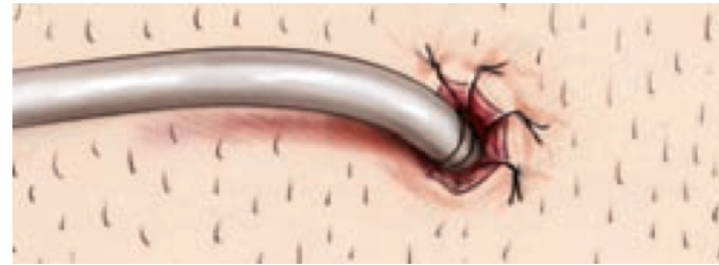
Section iléon terminal à 6 cm de la valvule iléo-caecale
Calibrage (Foley n° 16)



Anastomose iléo-colique droite
Plastie iléale tubulisée passée en trans-rectale
Valvule iléo-caecale : mécanisme antireflux

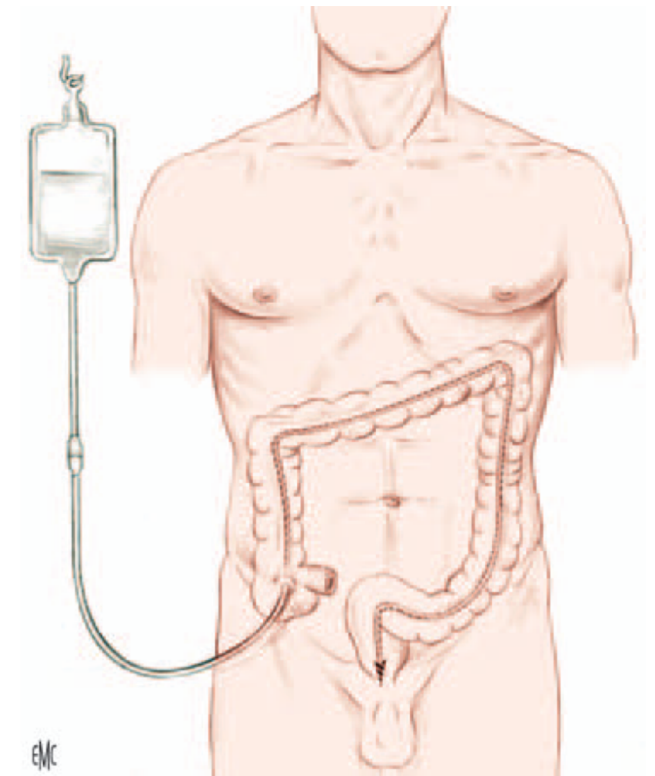
Irrigations antérogrades - Malone

- Iléon fixé à la peau
- Sonde laissée en place 3 s



Irrigations antérogrades - Malone

- 1^{ère} irrigation : J8
 - 500 cc en p° douce
- Une irrigation (1,5 l) toutes les 24- 48 h
- Evacuation du colon obtenue en 30 minutes
- Simple pansement en dehors des irrigations



Irrigations antérogrades - Malone

Complications

- sténoses et fuites

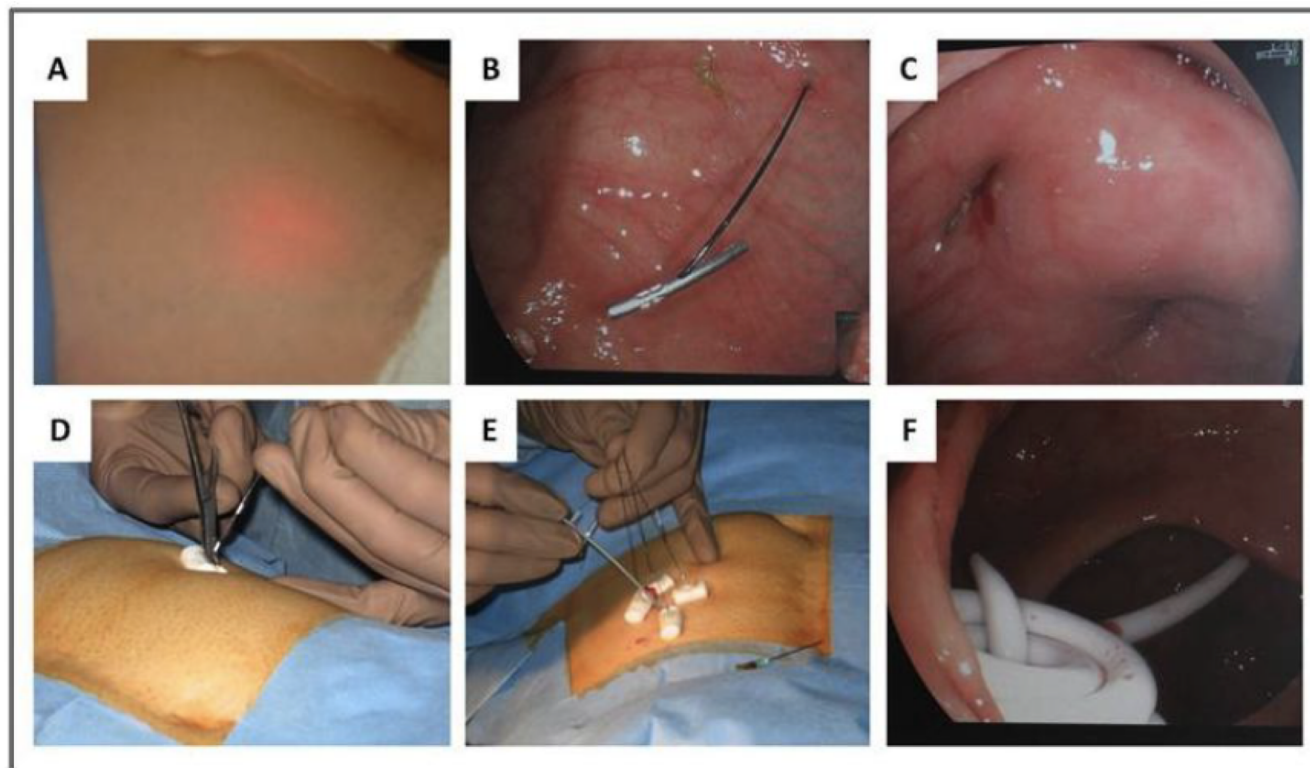
Meurette G, GCB 2010

Expérience de Manchester

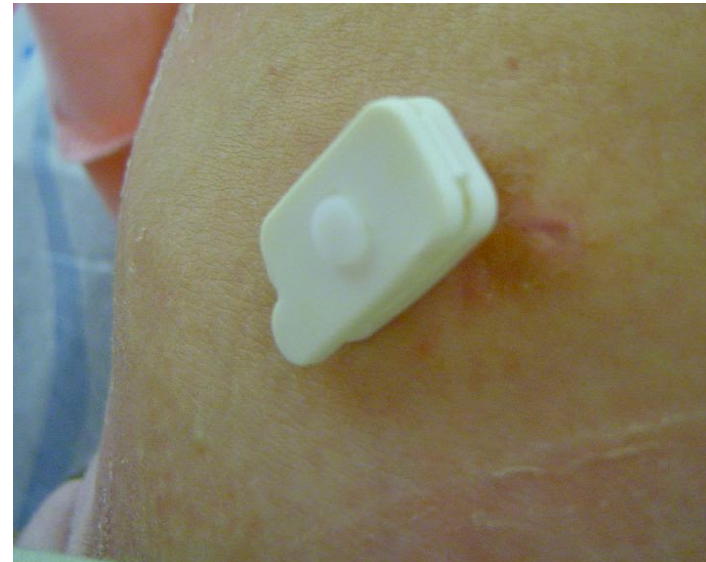
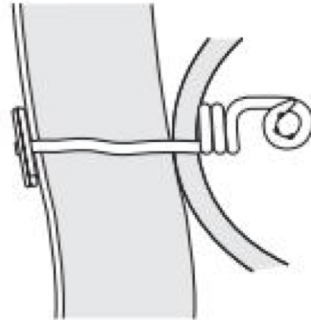
- 32 patients consécutifs
- suivi médian de 36 mois (13- 140)
- Révision montage : 88 % (n=28)
- Succès : 47 % (n=15)

Lees NP. Colorectal Disease 2004

Cæcostomie percutanée

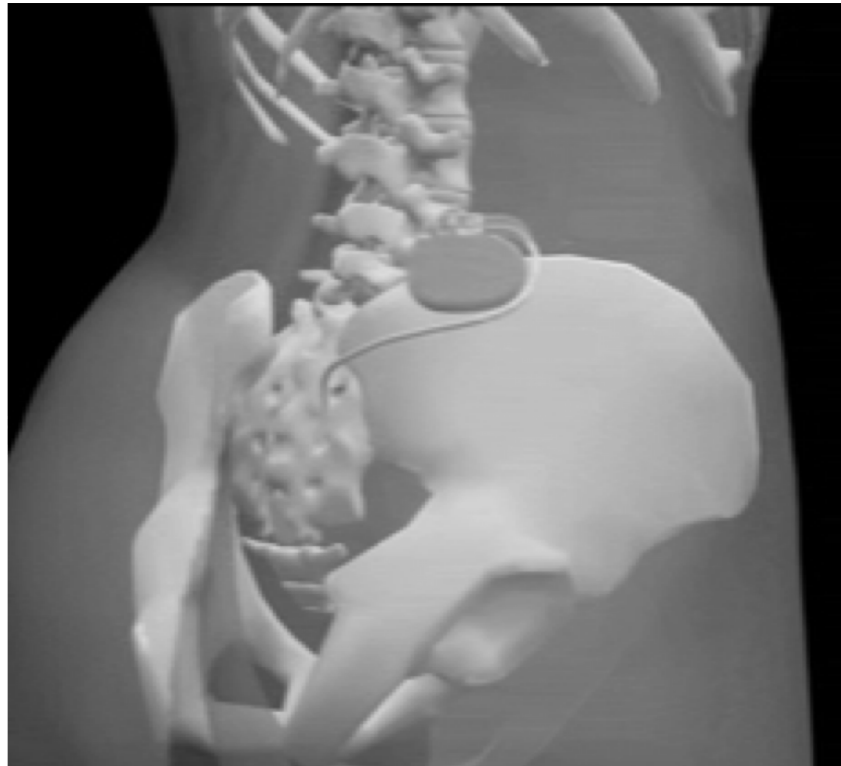


Cæcostomie percutanée



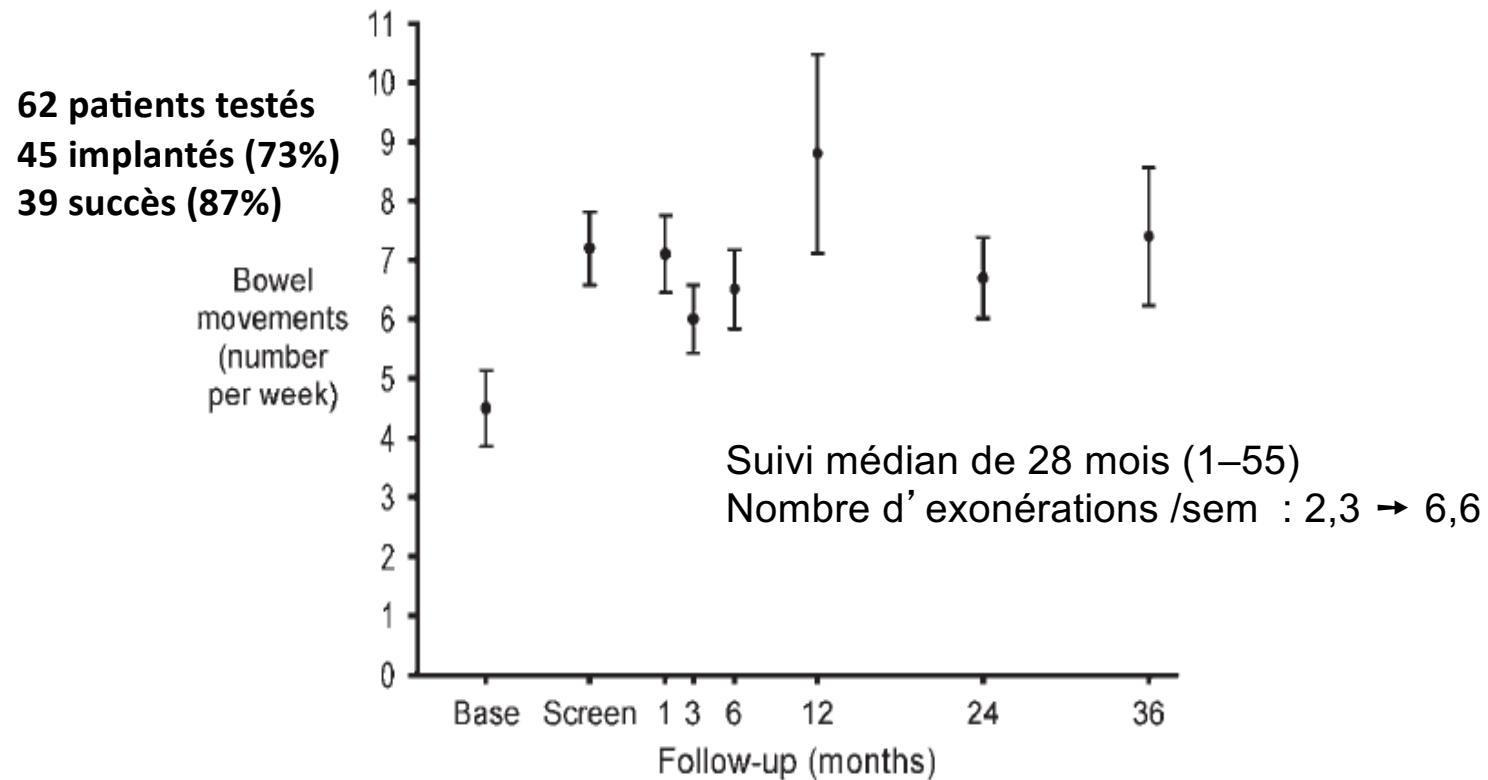
Chait Trapdoor™

Stimulation des racines sacrées



Stimulation des racines sacrées

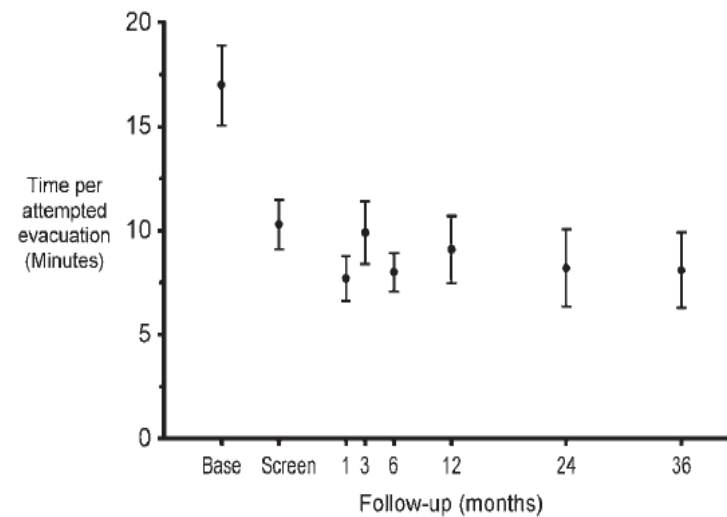
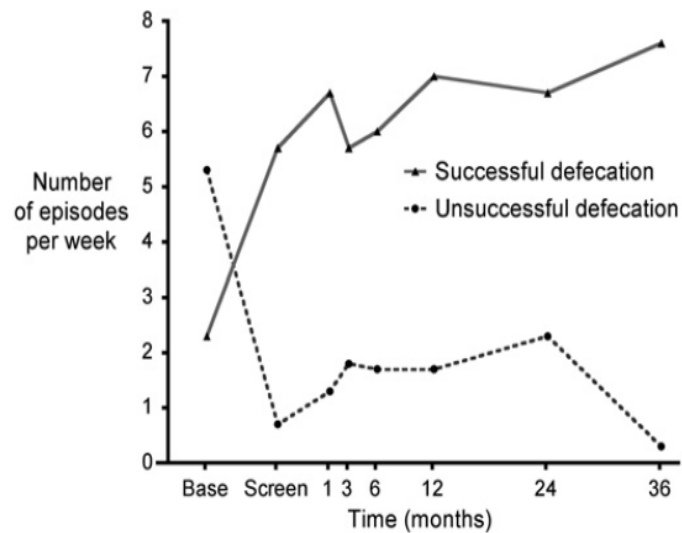
Etude prospective multicentrique européenne



Kamm et al, GUT 2010

Stimulation des racines sacrées

62 patients testés
45 implantés (73%)
39 succès (87%)

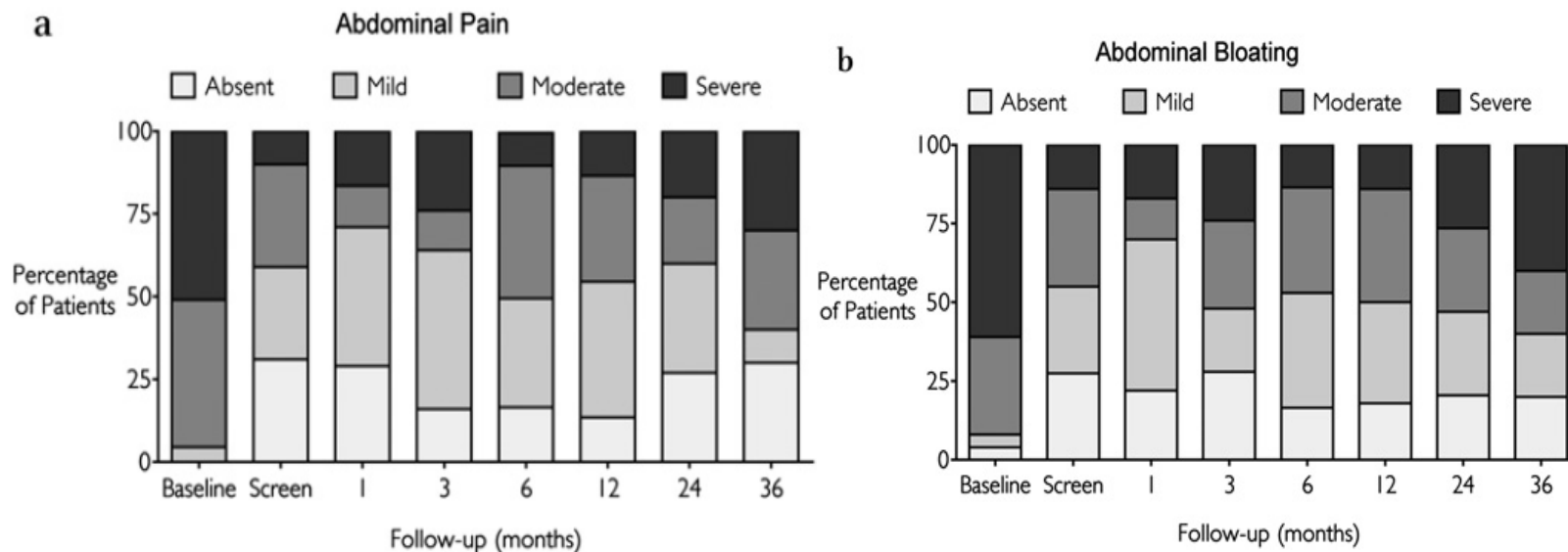


Efficacité sur les symptômes dyschésiques

Kamm et al, GUT 2010

Stimulation des racines sacrées

62 patients testés
45 implantés (73%)
39 succès (87%)



Autres symptômes

Kamm et al, GUT 2010

Stimulation des racines sacrées

Treatment Efficacy of Sacral Nerve Stimulation in Slow Transit Constipation: A Two-Phase, Double-Blind Randomized Controlled Crossover Study

Phil G Dinning, Linda Hunt, Vicki Patton, Teng Zhang, Michal Szczesniak, Val Gebiski, Mike Jones, Peter Stewart, David Z Lubowski and Ian J Cook

The American Journal of Gastroenterology **110**, 733-740 (May 2015)

59 patients,
16 (28%) test positifs
15 patients implantés

Pas de différence :

- Nombre de selles / semaines
- QDV

Randomized clinical trial of sacral nerve stimulation for refractory constipation

F. Zerbib¹, L. Siproudhis², P.-A. Lehur³, C. Germain⁴, F. Mion⁵, A.-M. Leroi⁶, B. Coffin⁷, A. Le Sidaner⁸, V. Vitton⁹, C. Bouyssou-Cellier¹ and G. Chene⁴, on behalf of the CONSTIMOD Study Investigators

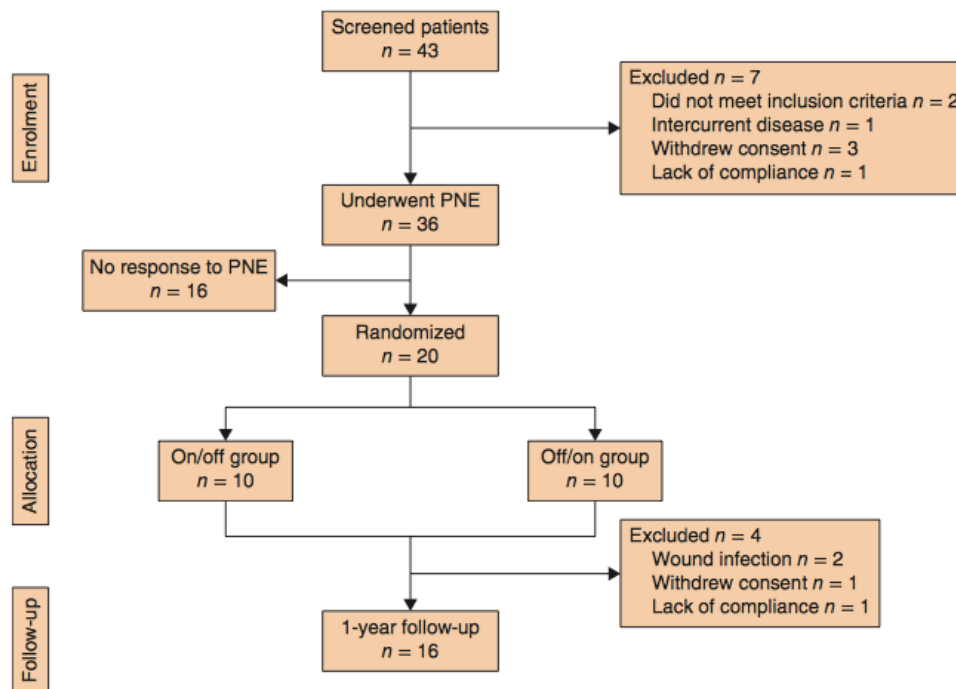


Table 1 Baseline characteristics of 36 patients who underwent peripheral nerve evaluation, of whom 20 were randomized

	Patients included (n = 36)	Patients randomized (n = 20)
Age (years)*	45(14)	44(15)
Sex ratio (F : M)	34 : 2	19 : 1
Colonic transit time (h)*	113.5(32.9)	115.5(29.8)
Colonic transit time > 90 h	28	16
Mean sensory threshold (ml)*	46.7(50.9)	55.8(63.3)
Mean urge threshold (ml)*	136.7(82.5)	151.2(87.4)
Mean maximum tolerated volume (ml)*	209.7(86.8)	206.4(83.4)
Anismus	13	7

Randomized clinical trial of sacral nerve stimulation for refractory constipation

F. Zerbib¹, L. Siproudhis², P.-A. Lehur³, C. Germain⁴, F. Mion⁵, A.-M. Leroi⁶, B. Coffin⁷, A. Le Sidaner⁸, V. Vitton⁹, C. Bouyssou-Cellier¹ and G. Chene⁴, on behalf of the CONSTIMOD Study Investigators

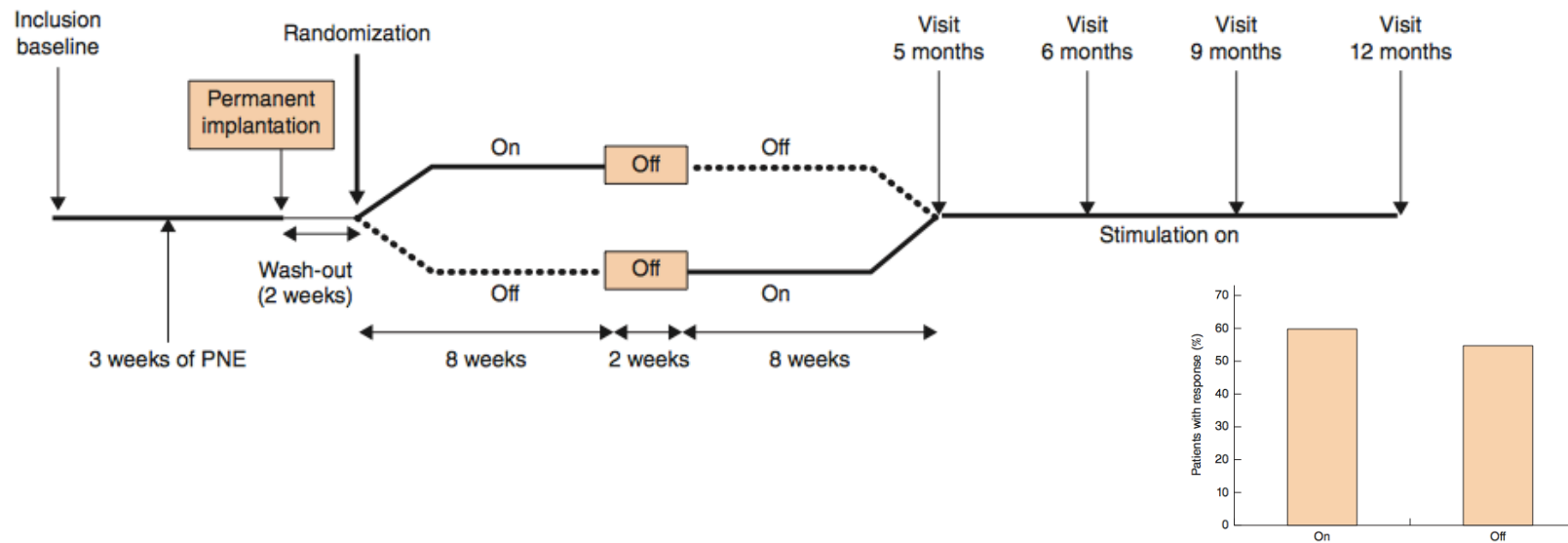


Fig. 3 Percentage of patients responding to sacral nerve stimulation during the crossover period (intention-to-treat analysis including 20 patients)

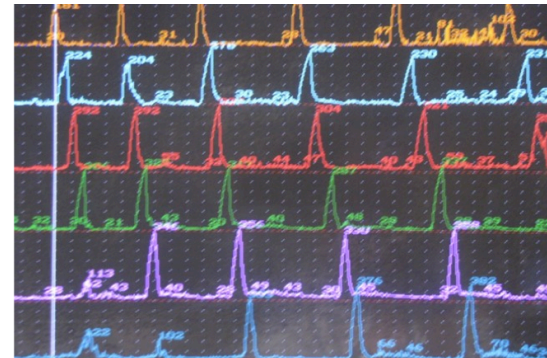
Colectomie subtotale avec anastomose iléorectale

- **Indication : inertie colique**
 - **Décision collégiale**
 - **Patient informé**
 - **Absence de troubles psychiatriques**
-

Colectomie subtotale avec anastomose iléorectale

Réalité de l'inertie colique

- **TTM** : transit sup à 120 heures
- **Manométrie colique** : absence d'HAPC spontanées et/ou induites par le bisacodyl avec diminution globale de l'activité contractile colique et absence de réponse aux repas sur la manométrie colique des 24 h



Réponse contractile propagée au bisacodyl intra colique

Colectomie subtotale avec anastomose iléorectale

- **Affirmer le caractère primitif de l'inertie colique :**
 - Absence d'un trouble diffus de la motricité (POIC)
 - manométrie œsophagienne, vidange gastrique, manométrie du grêle, manométrie ano-rectale
- **Absence de mégarectum ou de troubles sévères de la sensibilité rectale à la distension : MAR, déféco-IRM**

Colectomie subtotale avec anastomose iléorectale

Technique

- Laparoscopie +++
 - Dissection à distance de la naissance des pédicules vasculaires
 - Rétablissement de continuité sur le haut rectum : 15 cm
-

Colectomie subtotale avec anastomose iléorectale

Surgery for constipation: systematic review and practice recommendations

Colorectal Disease 2017

Results I: Colonic resection

C. H. Knowles*, U. Grossi*, M. Chapman†, J. Mason‡, on behalf of the NIHR CapaCiTY working group§ and Pelvic floor Society¶

40 études regroupant 2045 patients

Mortalité : 0,4% - Morbidité : 24%

-Occlusion du grêle : 15% +++ (1/3 de réinterventions)

Résultats :

- Succès : 85,6%
- Récidives constipation: 10-30 %
- Diarrhées, incontinence anale : 5-15%
- Douleurs abdominales : 30-50%
- Ballonnements : 10-40%

Conclusion Colectomy for CC may benefit some patients but at the cost of substantial short- and long-term morbidity. Current evidence is insufficient to guide patient or procedural selection.

Inertie colique segmentaire

- **Formes plus rares : anomalies motrices localisées respectant une partie du colon à motricité normal**
- **Diagnostic ne peut être fait que par la manométrie colique des 24 heures**
 - tracé montre les limites des troubles de la motricité du colique
- **Etendue de la résection guidée par le siège des anomalies manométriques**
 - le plus souvent : atteinte du colon gauche et respect du colon droit
 - colectomie gauche avec anastomose colo-rectale
 - section colique d'amont = au niveau de l'arrêt des anomalies manométriques

Stomie

- Situation non contrôlée par le traitement médical et les méthodes mini-invasives
 - Echech du traitement chirurgical plus agressif
 - Information du patient +++ (météorismes, sensation de ballonnements douloureux)
-

Conclusion

- Chirurgie < 5 % patients
 - Nécessité d'une sélection rigoureuse
 - Eliminer un troubles de la statique pelvienne
 - Inertie colique : colectomie totale avec anastomose iléo-rectale
 - Intervention de Malone – stomie
-