

Traitement chirurgical de la constipation



*Venara A,
2eme journée angevine de pelvi-
périnéologie*

Principes de traitement

- La chirurgie n'intervient qu'après un bilan exhaustif de la constipation
- La chirurgie n'intervient qu'après échec des traitements médicaux de la constipation
- Le but est une amélioration de la qualité de vie = **Chirurgie fonctionnelle**
- Envisager une consultation psychiatrique avant la PEC chirurgicale?

2 entités de constipation

- Constipation en lien avec un trouble de la statique pelvienne (troubles de la vidange rectale):
 - Biofeedback
 - Traitement médical
 - Chirurgie correctrice
- Constipation de transit

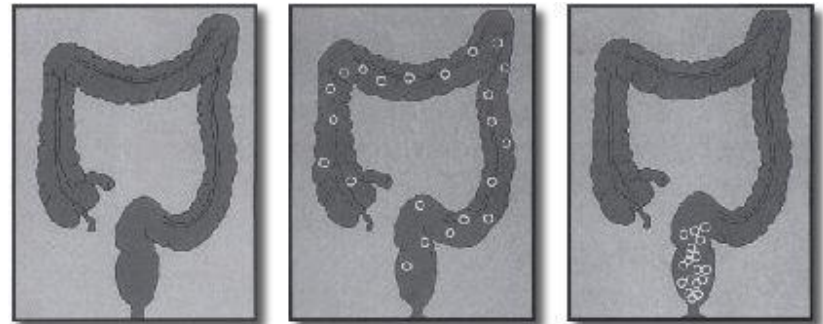


Constipation de transit

- Colectomie
 - Totale ou subtotale
 - Segmentaire
- Appendostomie pour lavement évacuateur antérograde
- Colostomie terminale

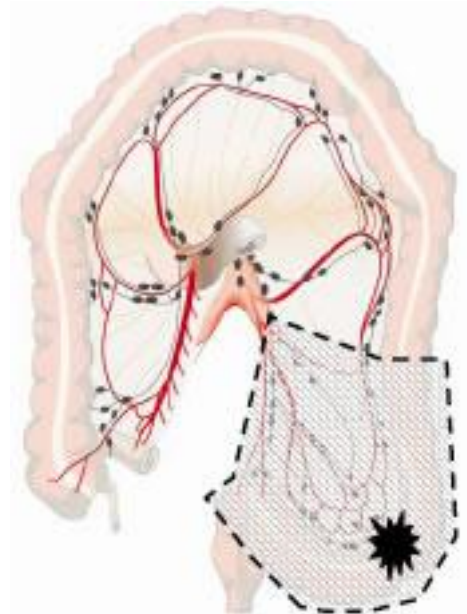
Colectomies

- En cas de constipation de transit sans troubles de l'évacuation rectale
- Transit aux pellets réalisé au préalable



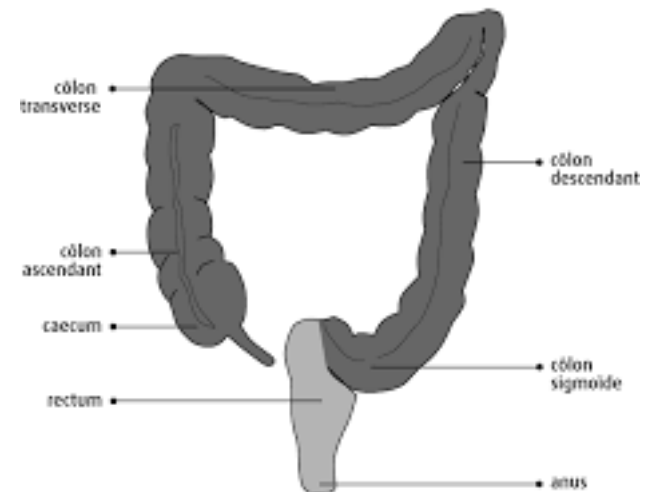
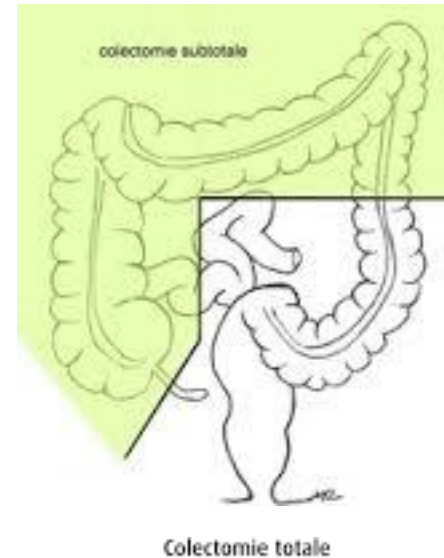
Colectomie segmentaire

- A condition de connaître le segment impliqué dans la constipation (temps de transit colique)
- Essentiellement pour mégasigmoïdes isolés
- Amélioration des symptômes dans 75-95%
- Morbidité identiques aux colectomies réglées (5-10%).



Colectomie totale ou subtotale

- Intervention de référence
- Anastomose iléo-rectale ou iléo-sigmoïdienne
- Pas de résection des mésentères afin d'éviter les lésions vasculaires et nerveuses
- Conservation du rectum pour préserver la continence



Résultats

- Morbidité : 10-20%
- Mortalité < 1%
- Principale morbidité : occlusion sur adhérences
- A long terme :
 - Récidive des constipation : 10-33%
 - Diarrhées : 0-46%
 - Douleurs abdominales : 0-41%
- Risque iléostomie terminale



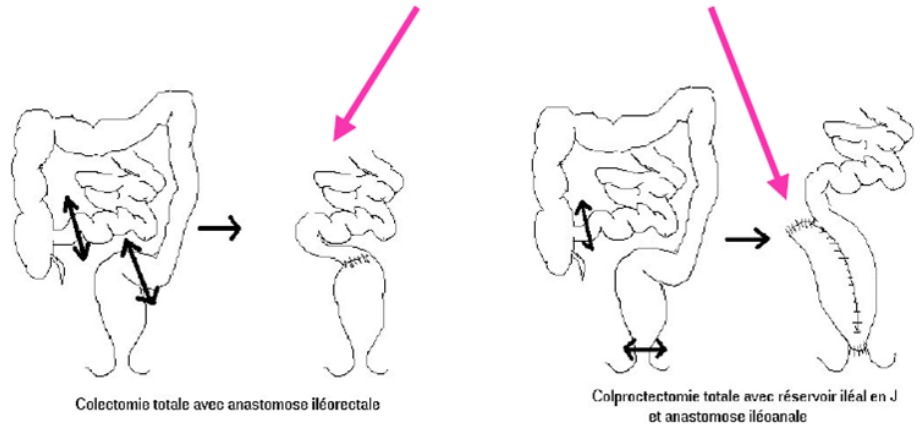
Variantes

- Anastomoses :

- Caeco-rectale
- Ascendo-rectale

- Anti-péristaltique latéro-latérale

→ Anastomose soit iléo-rectale soit iléo-anale

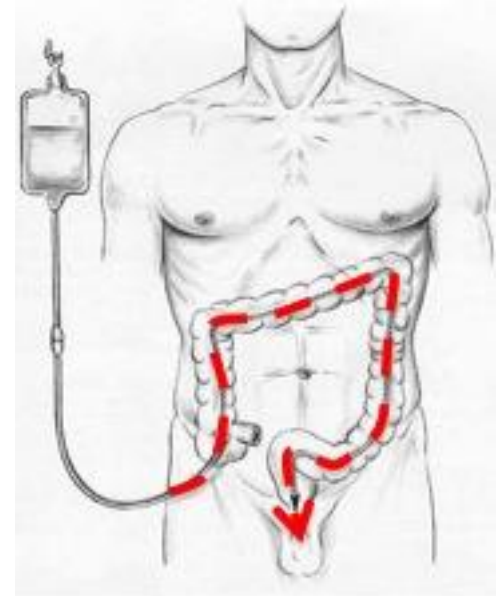


- Coloproctectomie totale :

- Réservé à des formes sévères de constipation

Appendostomie = Malone

- Peut être réalisée par voie endoscopique ou chirurgicale
- Permet une irrigation complète du colon
- 1 lavement toutes les 48-72 heures



Résultats

- Très variables car en rapport avec l'observance
- Morbidité faible (mais 10-50%):
 - Sténose de l'orifice
 - Faux trajet lors de l'introduction de la sonde
 - Fuite péristomiale
- Très peu d'études
- Nécessité d'un suivi par une stomathérapeute



Colostomie terminale ou Iléostomie terminale

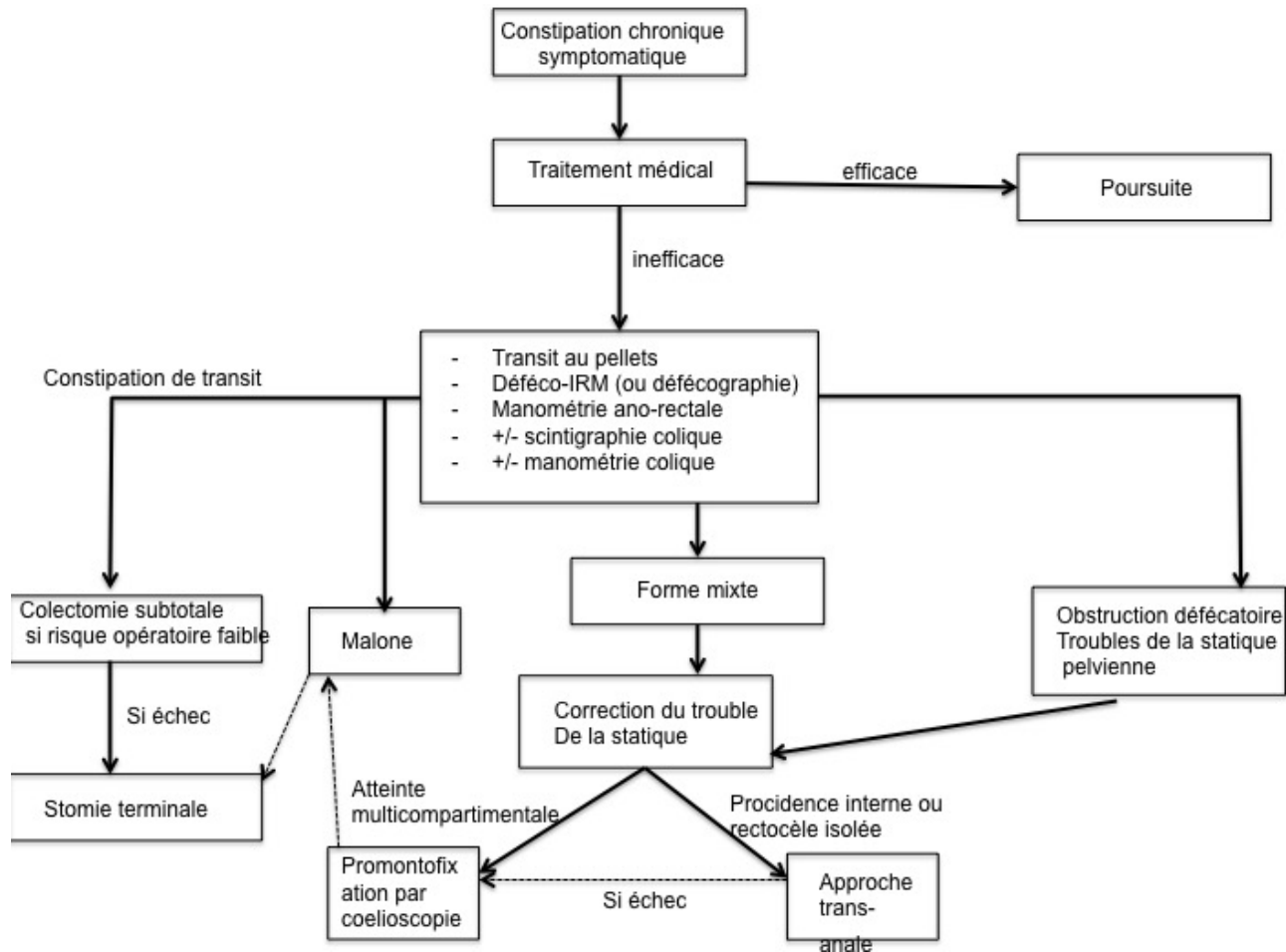
- Indication exceptionnelle
- En cas de constipations distales (troubles de l'évacuation rectale)
- En cas de complication d'une chirurgie antérieure (coloproctectomie totale, colectomie totale)
- Très peu de documentation

La neuromodulation ?

- Plus efficace chez l'enfant
- Peu d'efficacité sur le long terme
- Beaucoup de morbidité
- Patients sélectionnés ou études cliniques



Arbre décisionnel



Conclusion

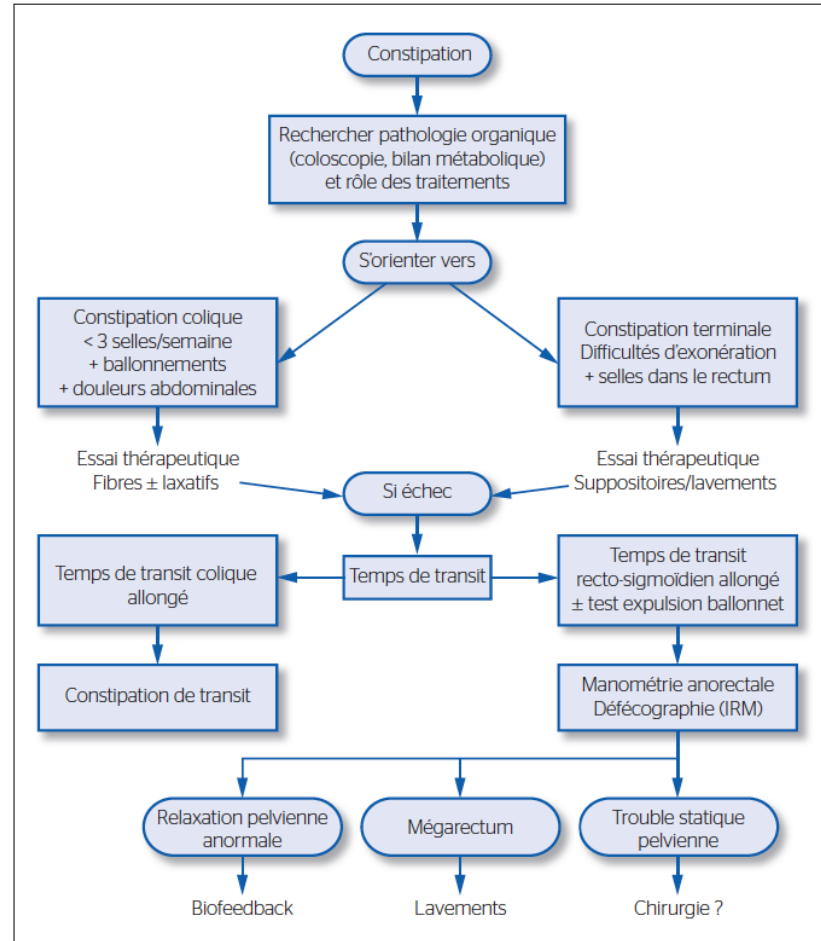


Figure 1. Algorithme de prise en charge des patients souffrant de constipation distale

Conclusion (2)

- Recours chirurgical rare
- En cas de constipation distale
- Chirurgie fonctionnelle :
Approcher le risque =0
- Discuter une approche
psychiatrique avant prise en
charge chirurgicale

