

RÉUNION ANNUELLE
DU GROUPE FRANÇAIS

DE NEURO-GASTROENTÉROLOGIE



26 & 27 JUIN

2025

VILLAGE BY CA
ROUEN



Prise en charge de la constipation réfractaire (explorations et traitements)

Dr Charlotte Desprez



GFNG
Groupe Français de
Neuro-Gastroentérologie



- Définition ?

REVIEW

Neurogastroenterology & Motility **INM**

European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults

ESNM 2020

Gastroenterology. 2023 June ; 164(7): 1086–1106. doi:10.1053/j.gastro.2023.03.214.

American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation

AGA 2023

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Constipation

ASCRS 2024

Pas de définition de la constipation réfractaire !





- Définition ?

Term	Definition
Clinical pathology	
Refractory chronic constipation	Constipation <i>not responsive to lifestyle modifications</i> (increased physical activity, fluid, or soluble fiber intake) and no response to <i>osmotic and stimulant laxatives</i>

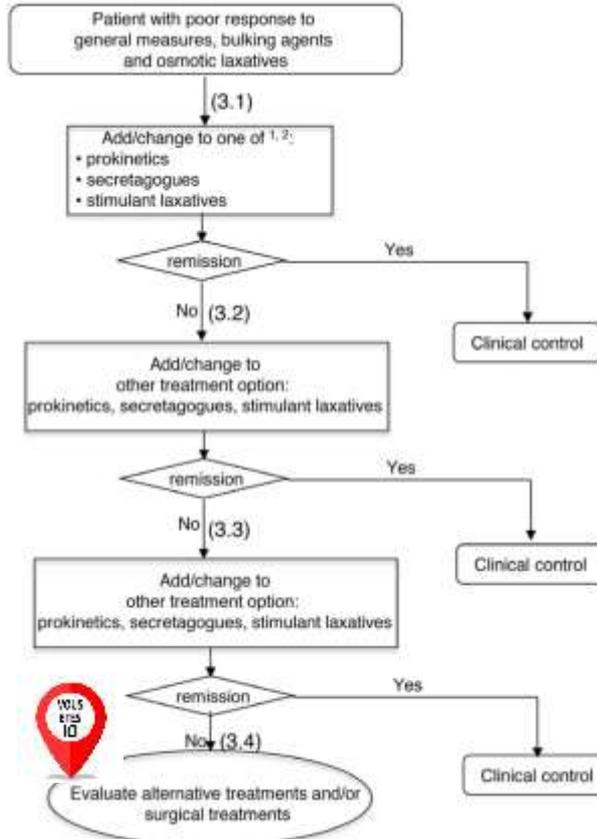
Camilleri et al, 2020

Searching for a definition for pharmacologically refractory constipation: A systematic review

Category	Name	Population	Range of dosage	Duration of treatment
Osmotic laxative	PEG	Adults	13–39 g/day	Up to 6 months
	Lactulose	Adults	15–60 mL	1–12 weeks
Stimulant laxative	Bisacodyl	Adults	5–10 mg/day	4 weeks
5HT-4 agonist	Prucalopride	Adults (>65 years)	1 mg/day	12 weeks
		Adults (18–65 years)	2 mg/day	12 weeks
Prosecretory agents	Lubiprostone	Adults	16–48 µg/day	12 weeks
	Linaclotide	Adults	145–290 µg/day	Up to 6 months



- Définition ?



- Constipation réfractaire :

- Echec des MHD et du traitement médical : différentes lignes de laxatifs en association
- Durée d'évaluation suffisante des différentes lignes de traitement avant d'affirmer l'échec de celles-ci





- Pièges ?

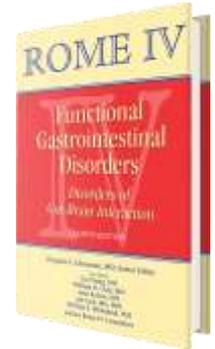
- Origine médicamenteuse

Medications

Analgesics	Opioids/tramadol
Antihypertensives	Calcium channel blockers Diuretics Clonidine
Antinausea	5HT ₃ blocker Promethazine
Antacids	Calcium carbonate (Maalox, Tums, Caltrate) Aluminum hydroxide (Maalox, Gaviscon)
Antiallergy	Antihistamines
Central nervous system	
Antidepressants	Tricyclic antidepressants
Anti-Parkinson	Carbidopa-levodopa
Neuroleptics	Typical, atypical antipsychotics



- Pièges ?
- **Passer à côté d'une constipation distale = Functional Defecation Disorders**
- Symptômes de constipation distale peu spécifiques
- Diagnostic de FDD :
 - Constipation fonctionnelle ou SII-C
 - Nécessité d'explorations ano-rectales
 - Défaut d'évacuation rectale prouvé sur au moins 2 explorations
 - Parmi : MAR, Test expulsion ballonnet, défécographie ou IRM, EMG sphincter anal
- Impact sur le traitement (biofeedback, lavement, irrigations coliques transanales)

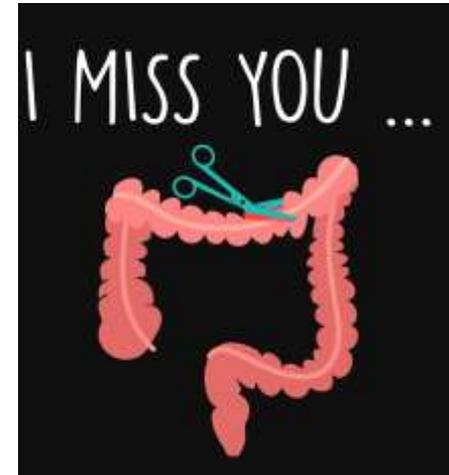




- Pièges ?
- **Passer à côté d'une cause secondaire**
 - Maladies neurologiques
 - SEP, Sd Parkinsonien, lésion médullaire, etc
 - Maladie de système
 - Sclérodémie, amylose
 - Maladies endocriniennes
 - Hypothyroïdie, diabète
 - Pathologies psychiatriques +++ (TCA, Münchhausen)



- Face à une constipation réfractaire
- Question de la chirurgie ?
- Colectomie avec anastomose iléo-rectale
 - La plus fréquemment réalisée dans la littérature

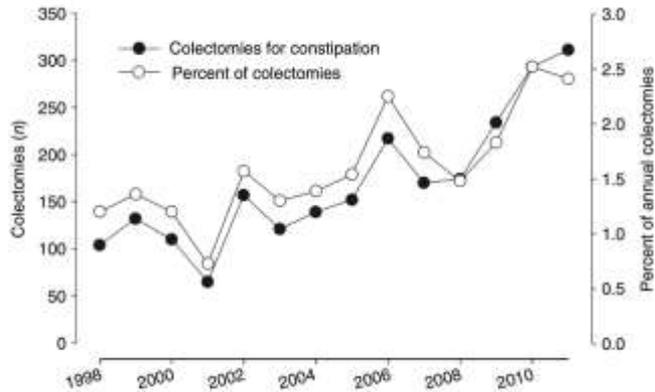


Constipation réfractaire : place de la chirurgie ?

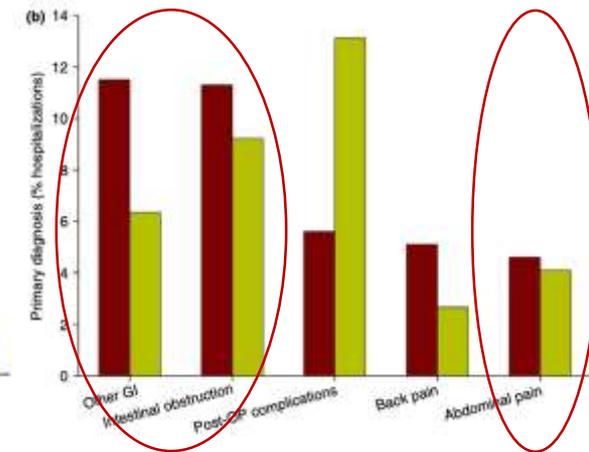
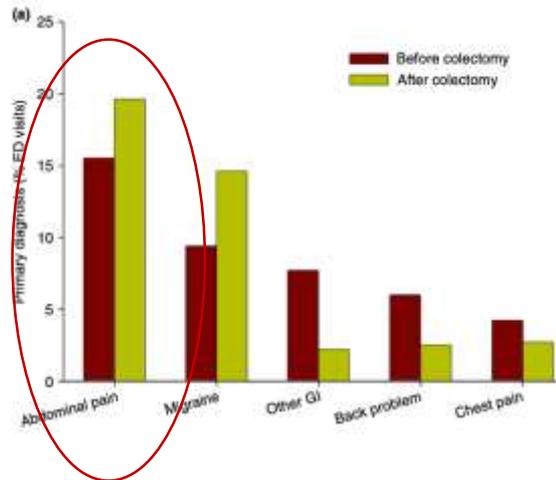


- Etude (US) 1998-2011 : taux de complication et morbi-mortalité des colectomies pour constipation

2377 colectomies pour constipation
17 pour 1000



- 43% de complications
- 20% avec hospitalisation prolongée



- Pas de différence de consommation de soins avant/après en multivariée (2 ans)



- Colectomie pour constipation : revue systématique de la littérature
- N=40 études observationnelles
- 1568 patients
- Taux de complication de 20-30%
- Efficacité ? Données sur 2/3 des patients
 - 2 Data on efficacy were inconsistently reported and heterogeneous in findings, thus estimates were tentative and imprecise. Studies varied in their follow-up of patients, the mean follow-up in studies was 4.3 years (range 1–11 years) (level IV).
 - 3 Colectomy (based on the global rating of success) benefits the majority of patients with slow transit constipation: overall mean 85.6% (95% CI: 81.4–89.3%) at > 12 months follow up (level IV).
 - 4 Negative long term functional outcomes persist in a minority of patients: diarrhoea and incontinence in about 5–15% of patients; abdominal pain in 30–50% of patients; recurrent constipation in 10–30% of patients and bloating in 10–40% (level IV).
- Données sur le transit post-op dans 3 études seulement



- Comment faire mieux ?
- Sélection des patients
 - Symptômes :
 - Fréquence/consistance des selles versus douleurs abdominales ou ballonnements ?
- Explorations :
 - Manométrie colique
 - Barostat rectal



ESNM 2020

Statement 69: Surgical treatment should only be offered after performing physiological tests and only if the cause for the chronic constipation lies within the colon and/or rectum (slow-transit constipation, evacuation disorder)

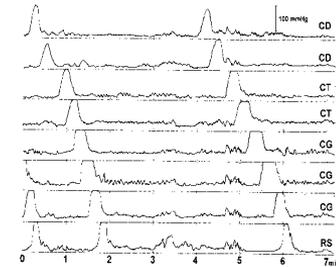
- Level of evidence: Low
- Recommendation: Strong
- Level of agreement: 100%

Current evidence and literature. We do not recommend performing any surgical intervention without a thorough physiological examination.^{49,298}

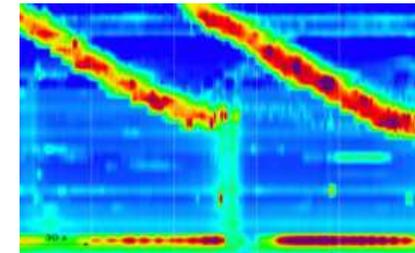


- Manométrie colique
- Diagnostic d'inertie colique
 - !! Surdiagnostiqué dans la littérature, souvent sur définition clinique
- Critères manométriques
 - Absence de motricité colique incluant la réponse aux repas
 - Absence de réponse motrice à une stimulation pharmacologique

Manométrie colique conventionnelle

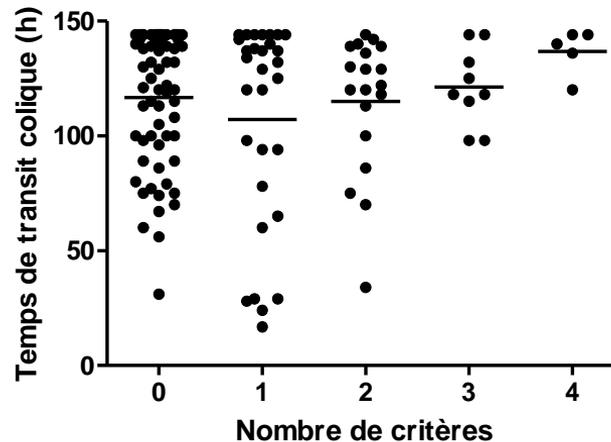


Manométrie colique haute résolution





- Manométrie colique :
- Manque de données sur l'impact de la manométrie colique dans la prise en charge chirurgicale du patient (*McCoy et al, CCRS 2012*)
- Attitude Rouennaise : pas de colectomie si pas de critères d'inertie colique sur manométrie colique
 - Données locales : 9 patients avec 3 critères et 5 patients avec 4 critères sur 15 ans (126 examens)

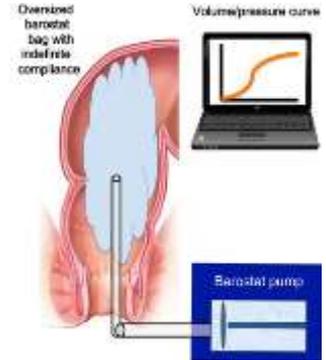




- Manométrie colique :
- Manque de données sur l'impact de la manométrie colique dans la prise en charge chirurgicale du patient
- Attitude Rouennaise : pas de colectomie si pas de critères d'inertie colique sur manométrie colique
 - Données locales : 9 patients avec 3 critères et 5 patients avec 4 critères entre 2002 et 2017
- Quelques données sur l'intérêt d'une évaluation des symptômes digestifs hauts du patient avant colectomie pour constipation
 - Revue systématique, N=8 études incluses
 - Tb de la motricité digestive oeso-gastrique et/ou grêlique : récurrence de la constipation (OR:10,71) et QOL moindre (OR:0,16) après chirurgie



- Barostat rectal :
 - Évalue la capacité rectale : sensibilité, tonus et compliance
 - Présence d'un megarectum ?
 - Conservation du rectum ou non lors de la chirurgie de colectomie (megacolon, megasigmoïde) ?
 - Cas de persistance de constipation malgré colectomie avec AIR
 - Chirurgie rectale isolée ?
 - Revue de la littérature (2005)
 - N=9 études (nb médian de 12 patients, 3-50), suivi médian de 3 ans après chirurgie
 - Évaluation hétérogène des patients (explorations et suivi)
 - Résection rectale ou rectoplastie verticale calibrée, séries de cas, succès variable 71 à 92%
 - Effets secondaires 6-50% des cas, mortalité jusqu'à 6%
 - Peu de littérature récente sur le sujet...



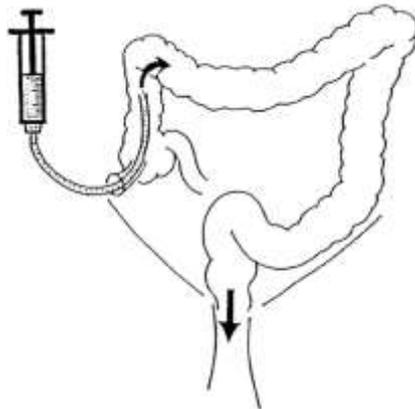
Constipation réfractaire : place de la chirurgie ?



- Autres alternatives chirurgicales ?



- Caecostomie chirurgicale (Malone) ou par voie endoscopique ?
- Actuellement pas de données devant faire préférer l'une ou l'autre des techniques
- Pose de la sonde lors d'une coloscopie, procédure similaire GPE
- Irrigations par la sonde de Chait jusqu'à 2 litres par séance





- Caecostomie chirurgicale (Malone) ou par voie endoscopique ?
- Actuellement pas de données devant faire préférer l'une ou l'autre des techniques
- Pose de la sonde lors d'une coloscopie, procédure similaire GPE
- Irrigations par la sonde de Chait jusqu'à 2 litres par séance
- Séries rétrospectives publiées
- N=122 patients constipés (dont constipation neurologique)
- 15% douleurs locales, 12% bourgeon orifice, 10% infections locales
- Environ 50% des patients améliorés à moyen terme

Statement 70: PEC/Malone antegrade colonic enema is a non-resecting surgical treatment to flush the large intestine orthograde through an appendiceal stoma for highly selected patients suffering from slow-transit constipation

- Level of evidence: Very low
- Recommendation: Weak
- Level of agreement: 100%

Additional comments. The level of recommendation is "weak" because the literature mainly focuses on pediatric patients and the complication rate in adults is high; overall, the number of adult patients is low. Performing RCTs in this setting is not feasible. However, it is a procedure worth trying before performing more radical approaches such as a definitive stoma or colectomy. Therefore, we suggest this procedure before radical surgery.



ESNM 2020



- Stimulation des racines sacrées pour constipation : 2 RCTs SNS vs sham

	Dinning et al, 2015	Zerbib et al, 2017
N	59 patients	36 patients, 20 répondeurs PNE
Critères d'inclusion	STC confirmée par scintigraphie colique + <3 selles par semaine Pas de FDD ou tb statique pelvienne	STC <3 selles par semaine + poussée abdominale >25% + sensation défécation incomplète >25% + échec ttt médical maximal
SNS	PNE puis implantation, SNS 3 semaines	PNE puis implantation si répondeur, SNS 8 semaines
Résultats	30% de patients améliorés (NS, CJP), pas de différence sur calendrier des selles, usage de laxatifs, QOL	12/20 patients améliorés (NS, CJP), pas de différence sur calendrier des selles, scores Wexner, QOL, VAS



En conclusion :

- La constipation est-elle réfractaire ? => vérifier précédentes lignes de traitement, leur durée et la bonne observance du patient
- Pièges : constipation d'origine médicamenteuse, FDD et pathologie extra-digestive
- Chirurgie ?
 - Quels symptômes peuvent être améliorés ?
 - Possible mais après explorations physiologiques, discussion collégiale ++
 - Discussion du type de chirurgie selon les données physiologiques et morphologiques coliques et rectales
 - Information du patient sur le risque 1/ d'échec et 2/ d'effets secondaires
- Alternatives avant chirurgie radicale
 - NMS : n'a pas sa place actuellement (2 RCTs négatives)
 - Caecostomie percutanée : éventuellement mais manque de données