

Hilfe, mein Patient ist verstopft

Au soutien, mon patient est constipé



Dr. med. Christine Maurus
FMH Chirurgie
EBSQ coloproctology



SWISS MEDICAL
NETWORK

Quadrimed 2026

À quelle fréquence dois-je aller à selle ?

Ancienne définition : entre 3x / jour et 3x / semaine

LES CRITÈRES DE ROME IV

Douleur abdominale en moyenne au moins 1 journée/semaine durant les 3 derniers mois, associée à deux ou plus des critères suivants :

1. La défécation
2. Un changement dans la fréquence des selles
3. Un changement dans la forme des selles

Les symptômes doivent avoir commencé il y a au moins 6 mois avant le diagnostic.

Adapté de Lacy et AL, 2017



À quelle fréquence dois-je aller à la selle

Ancien
semaine

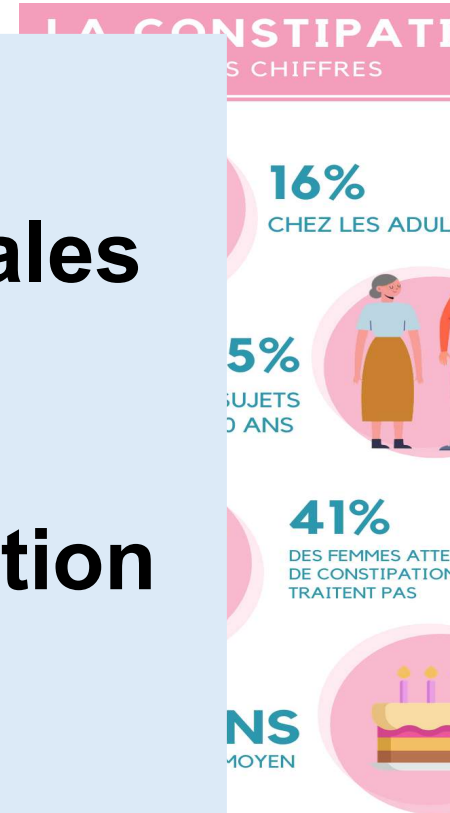
Douleur abdominale
derniers mois

1. La défécation
2. Un changement
3. Un changement

Les symptômes

Absence de douleurs abdominales

**Absence de difficulté d'exonération
des selles**



Constipation : souci de transport ou d'evacuation ?

Slow transit obstipation



Temps de transit
colique prolongé

Obstructed defecation syndrome (ODS)



Constipation terminale
Obstacle mécanique ou
fonctionnel

Irritated bowel sy type constipation



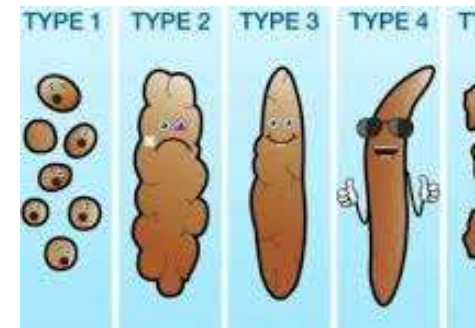
Syndrome du co
irritable du type
constipation

Est-ce que les selles sont dures et sèches

Bristol Stool Chart (BSC) ou Echelle de Bristol

Type 1		Dur, séparé en morceaux, comme les noix (difficile de passer)
Type 2		En forme de saucisse, mais grumeleuse (difficile de passer)
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des fissures sur sa surface
Type 4		Comme une saucisse ou un serpent, mais lisse et douce
Type 5		Morceaux mous aux bords bien définis (passe facilement)
Type 6		Morceaux déchiquetés, agglomérés en une matière pâteuse
Type 7		Fade, humide, aucun morceau solide Entièrement liquide

Source : Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time, Lewis SJ, Heaton KW, Scand J Gastroenterol, 1997 Sep;32(9):920-4.



Est-ce qu'il faut pousser fort pour évacuer les selles

Critères de constipation terminale (ODS) selon Altomare



VARIABLES	SCORE	0	1	2	3
<i>Mean time spent at the toilet</i>	≤ 5 min	6-10 min	11-20 min	21-25 min	
<i>N° attempts to defecate/day</i>	One	Two	Three	Four	
<i>Anal/vaginal digitation</i>	Never	> 1/month, < 1/week	Once a week	2-3 per week	
<i>Use of laxatives</i>	Never	> 1/month, < 1/week	Once a week	2-3 per week	
<i>Use of enemas</i>	Never	> 1/month, < 1/week	Once a week	2-3 per week	
<i>Incomplete/ fragmented defecation</i>	Never	> 1/month, < 1/week	Once a week	2-3 per week	
<i>Stool consistency</i>	Soft	Hard	Hard and few	Fecaloma formation	

Transit prolongé



normal



Temps de transit
colique > 70 hrs

Quadrimed 2026 – Dr. Christine Maurus



Hint

Constipation terminale

Obstacle mécanique :

Tumeur -> coloscopie

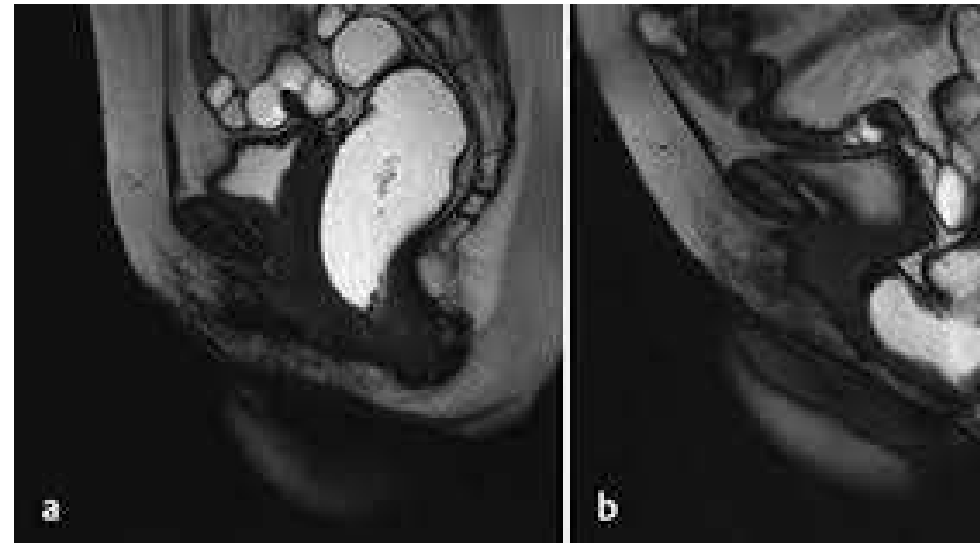
Rectocèle compressive

-> examen clinique, (IRM-) défécographie
(Dolichocôlon)



Hypertension

du plancher pelvien
du sphincter anal



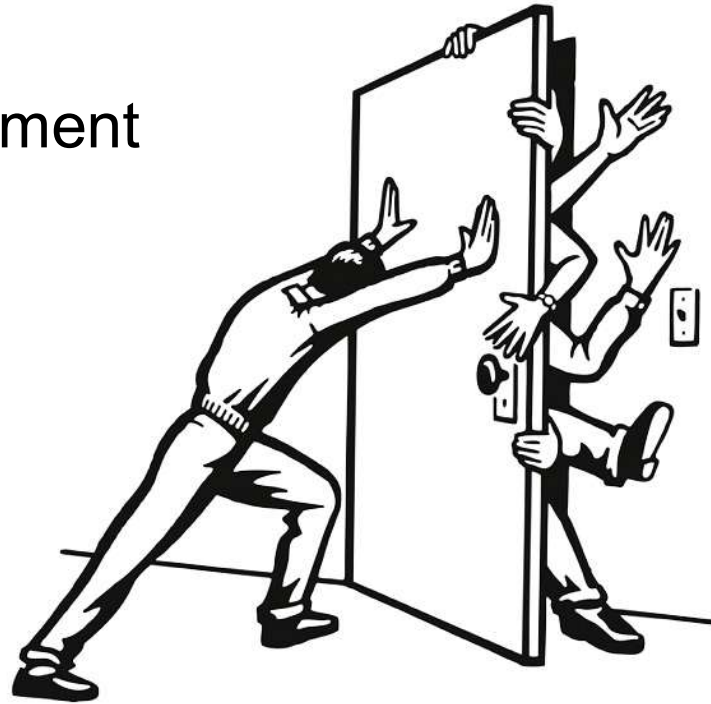
Constipation terminale

Hypertension

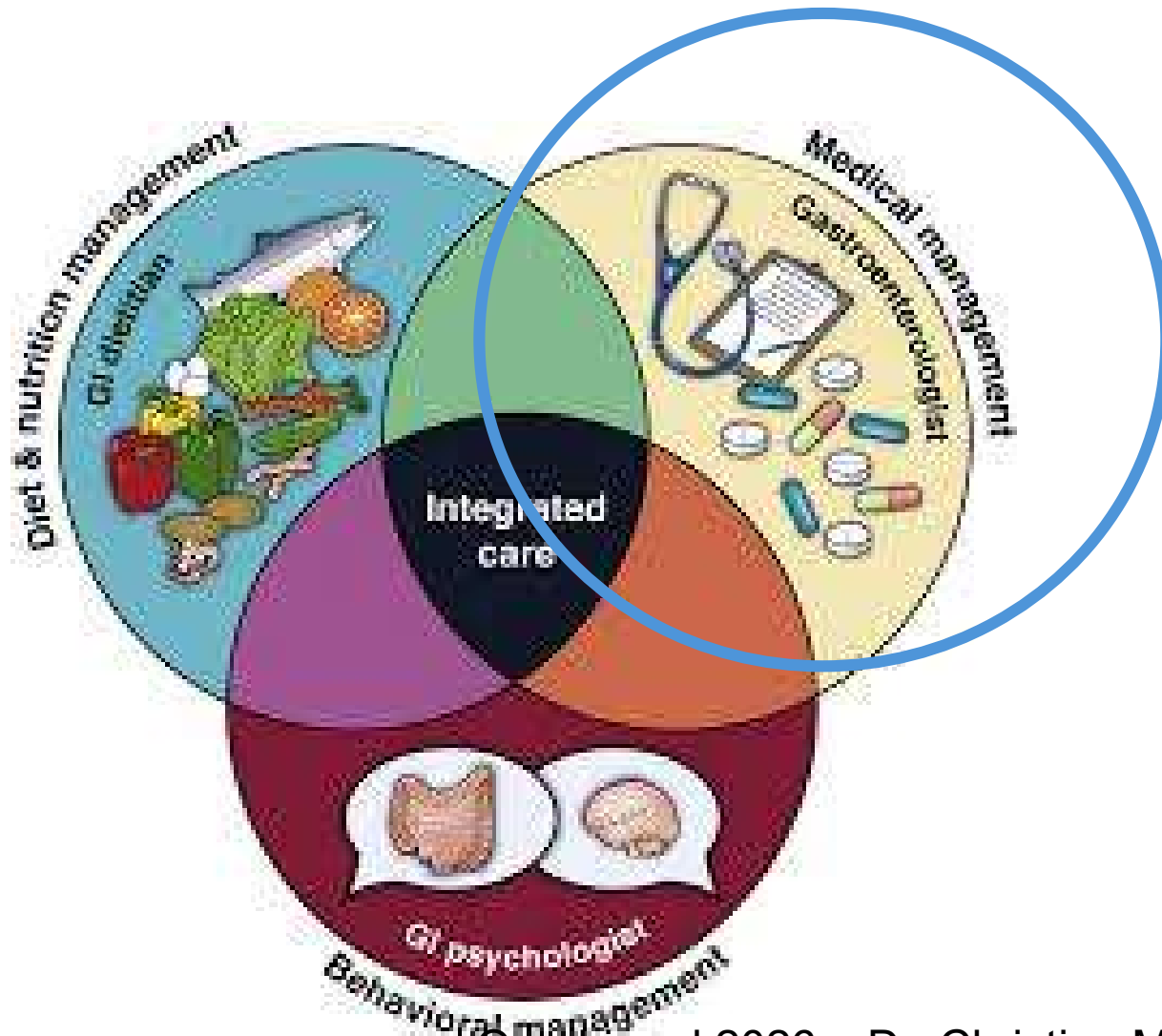
du plancher pelvien / du sphincter anal

«on ne peut pas passer aisement
par une porte qui coince»

«quand on pousse fort,
on se fait mal,
on se cogne la tête,
et ça saigne»



Optimiser la consistance des selles : médicaments



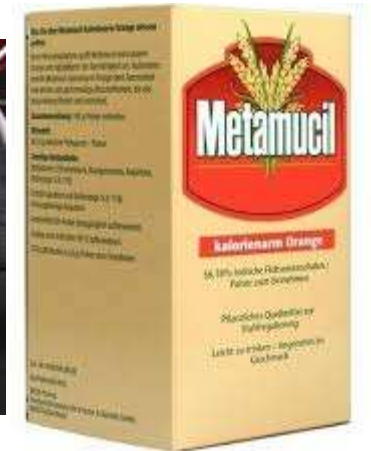
Type 1	
Type 2	
Type 3	
Type 4	
Type 5	
Type 6	
Type 7	

une consistance optimale de selles

Laxatifs de lest - Quellmittel



Psyllium



graines de lin

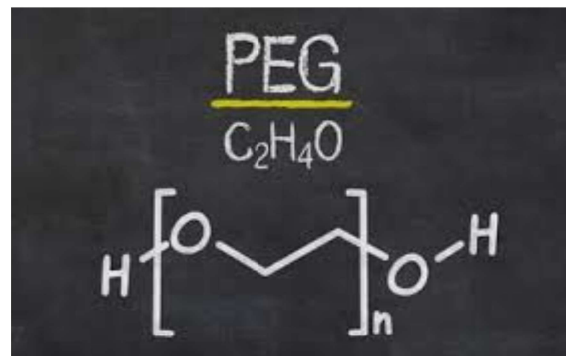


une consistance optimale de selles

Laxatifs osmotiques

Stufe Ia	Allgemeine Massnahmen: Ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Bewegung, ballaststoffreiche Ernährung		Bei akuter oder opiat-induzierter Obstipation Stufe I überspringen!
Stufe Ib	Füll- und Quellstoffe (z.B Flohsamenschalen)		
Stufe II	<u>1. Wahl:</u> Osmotisches Laxans (z.B. Macrogol), alternativ Stimulans (z.B. Natriumpicosulfat, Bisacodyl) <u>2. Wahl:</u> Zuckerstoffe (z.B. Lactulose), Anthrachinone	Ggf. Wechsel des Präparates Ggf. Kombination von Stufe Ib + II Ggf. Kombination innerhalb Stufe II Evtl. Ergänzung mit rektalem Laxans (Suppositorien/Klysmen)	
Stufe III	<u>Bei Versagen konventioneller Laxanzien:</u> Prucaloprid* <u>Bei opiatinduzierter Obstipation:</u> Peripher wirksame Opioidantagonisten (= PAMORAs, z.B. Methylnaltrexon, Naloxegol)		
Stufe IV	Kombinationstherapien Stufen I-III, Linaclotid° Klysmen, Lavage, Irrigation		

Macrogol =
Polyethylenglykol



une consistance optimale de selles

Stufe Ia	Allgemeine Massnahmen: Ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Bewegung, ballaststoffreiche Ernährung	Bei akuter oder opiat-induzierter Obstipation Stufe I überspringen!
Stufe Ib	Füll- und Quellstoffe (z.B Flohsamenschalen)	
Stufe II	<u>1. Wahl:</u> Osmotisches Laxans (z.B. Macrogol), alternativ Stimulans (z.B. Natriumpicosulfat, Bisacodyl) <u>2. Wahl:</u> Zuckerstoffe (z.B. Lactulose), Anthrachinone	Ggf. Wechsel des Präparates Ggf. Kombination von Stufe Ib + II Ggf. Kombination innerhalb Stufe II Evtl. Ergänzung mit rektalem Laxans (Suppositorien/Klysmen)
Stufe III	<u>Bei Versagen konventioneller Laxanzien:</u> Prucaloprid* <u>Bei opiatinduzierter Obstipation:</u> Peripher wirksame Opioidantagonisten (= PAMORAs; z.B. Methylnaltrexon, Naloxegol)	
Stufe IV	Kombinationstherapien Stufen I-III, Linaclotid° Klysmen, Lavage, Irrigation	

Osmotique :
Macrogol



Stimulant
: Natrium-pico-sulfate.



Les "nouveaux" :
Prucaloprid (Resolor)
Lineclotid (Constella)



Sucre non-resorbable :
Lactulose

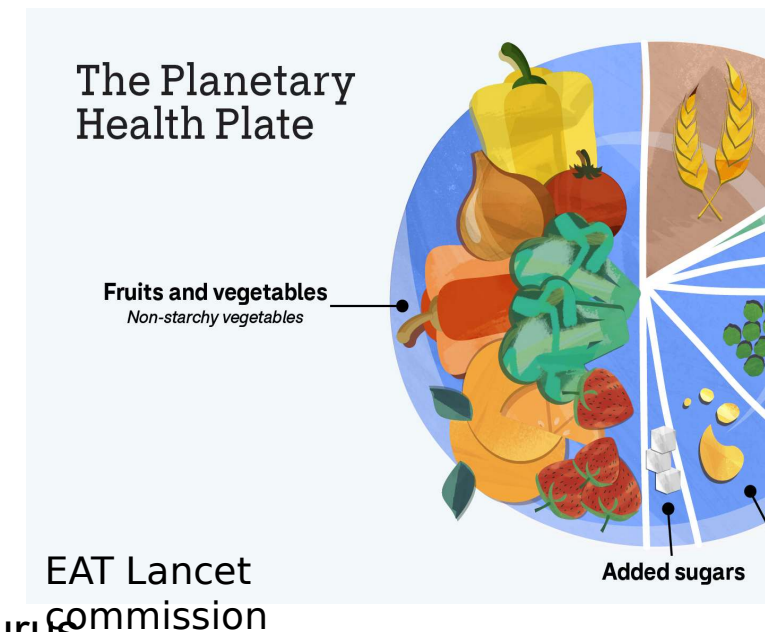


Attention : auto-médication



une consistance optimale de selles : nourriture

- Apport de fibres ++
- Pas de bonne évidence pour une alimentation spécifique
- Dans le doute : diététicienne



une consistance optimale de selles : hydratation

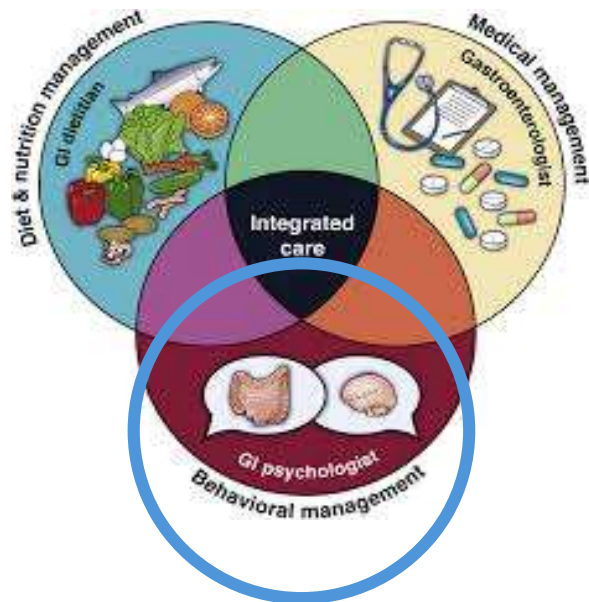
Hydratation suffisante : 1.5 à 2 L /
jour

Eau minérale riche en magnésium
recommandé

	Mg ²⁺ (mg)
Aproz	70
Perrier	4
San Pellegrino	50
Volvic	8
Eptinger	107
Valser Silence	1.5
Valser	55
eau du robinet	variable



Physiothérapie du périnée



Limites :
Âge, obésité, culturel,
troubles neuro-cognitifs

BECKENBODENGYMNASTIK DIE WICHTIGSTEN ÜBUNGEN FÜR EINE GESUNDE BECKENBODEN



une position d'évacuation optimale

Position assise



Angle fermé

Difficultés

Position accroupie



Angle ouvert

Position naturelle !



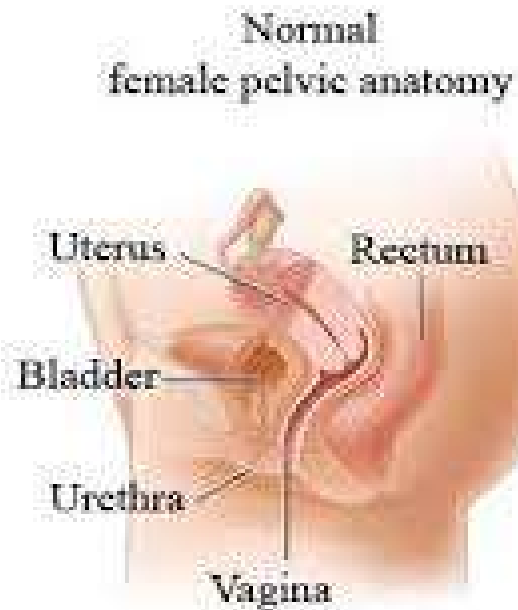
MAUVAISE position



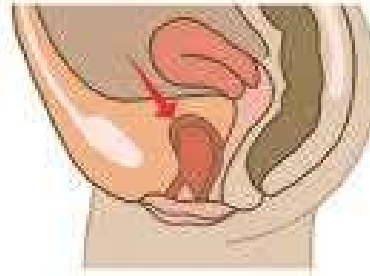
BONNE position



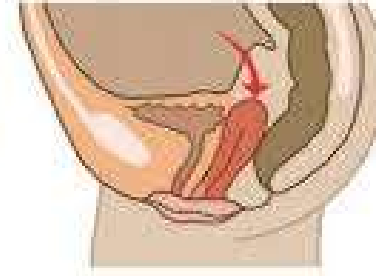
Obstruction : la célèbre rectocèle



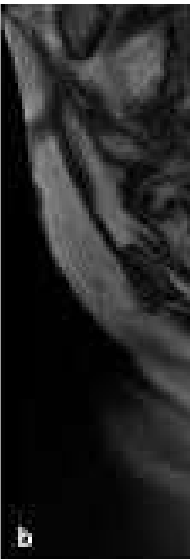
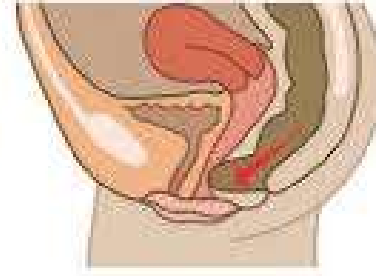
La cystocèle



L'hystérocèle



La rectocèle

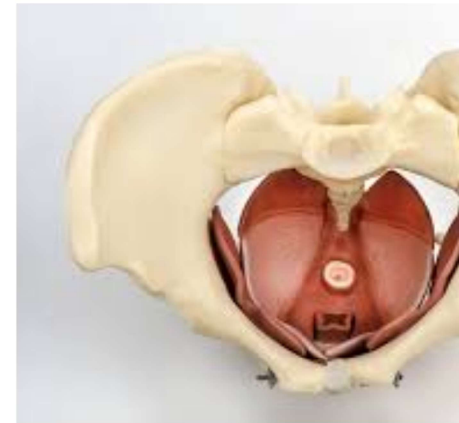
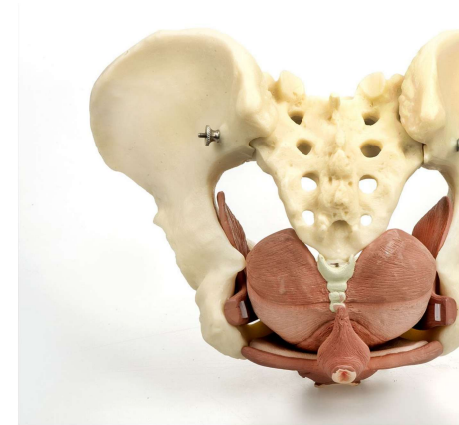
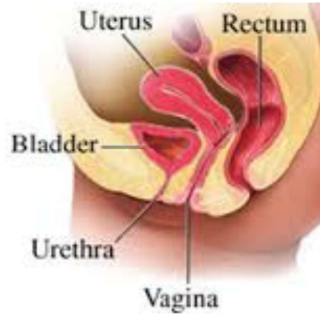


Obstruction : l'anus / le périnée contracté



Exclure douleurs anales

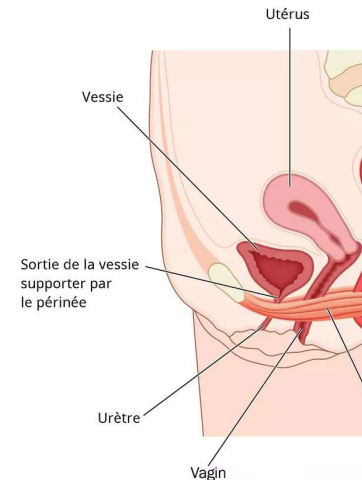
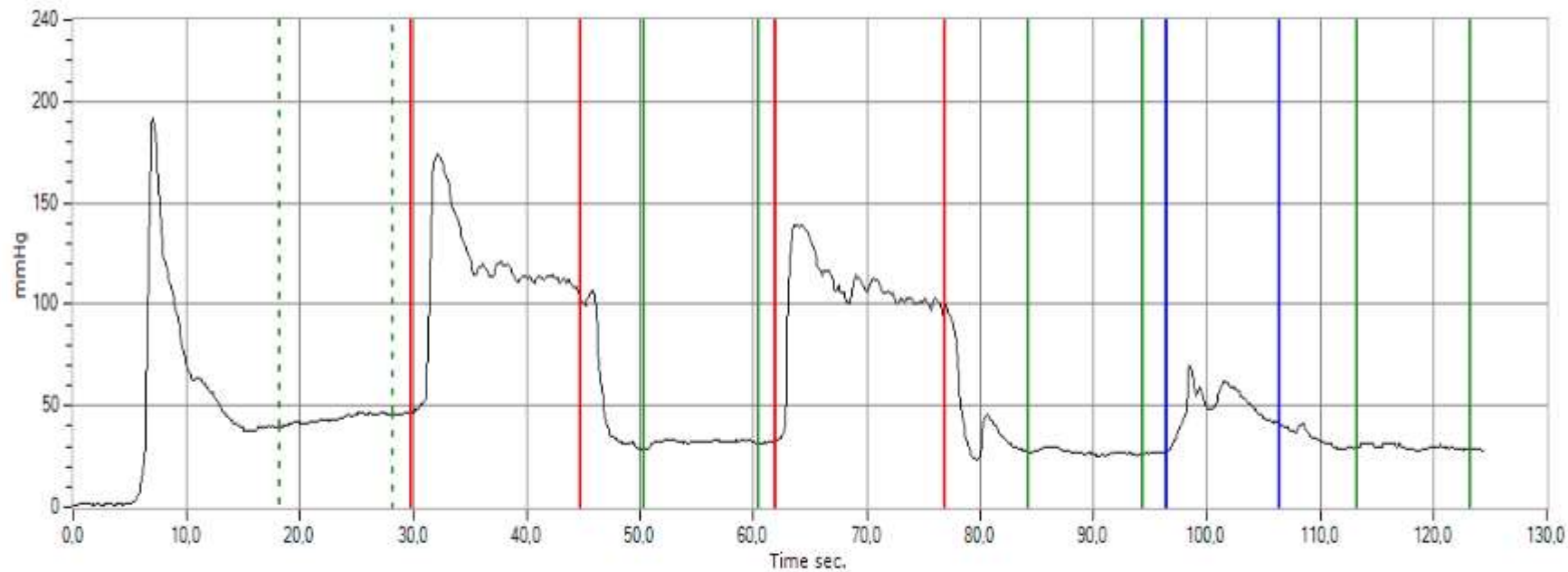
- Fissure anale
- Hémorroïdes irritées
- Proctite / MST
- Lombalgies



Obstruction : l'anus contracté

Manometry

Chart Pressure

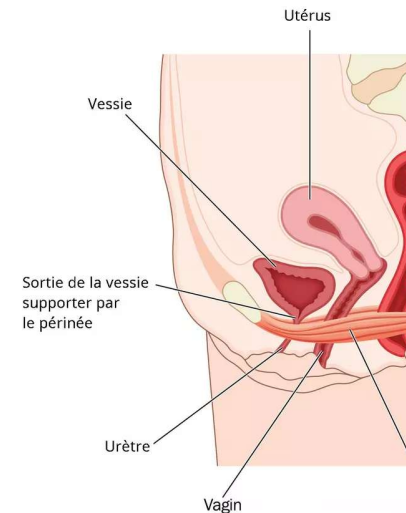
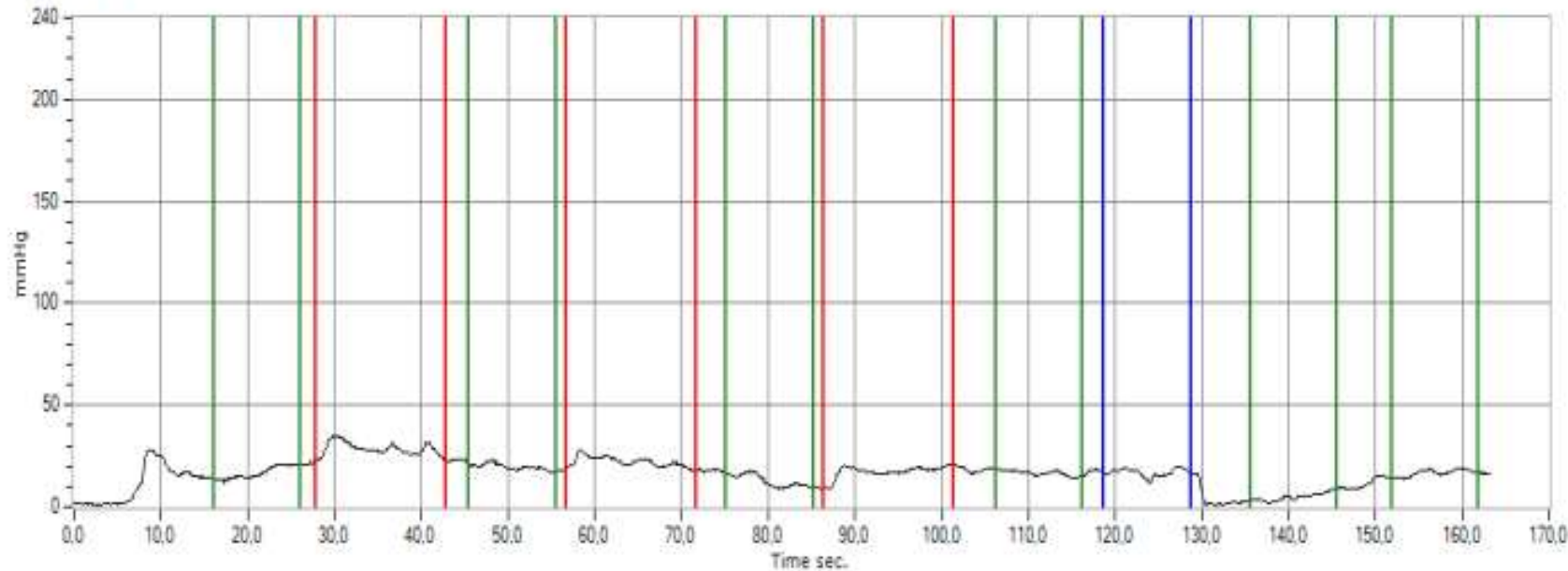


<u>Manometry Results</u>	Average	Max	Max/Rest.	%Avg./Max	%Avg/Res.Avg.-1
Resting Pressure	: 30 mmHg				
Squeeze Pressure	: 111 mmHg	157 mmHg	5,3	70,8 %	
Strain Pressure	: 50 mmHg				67,6 %
Endurance	: 8,7 sec				

Obstruction : l'anus / le périnée figé

Manometry

Chart Pressure



Manometry Results

	Average	Max	Max/Rest.	%Avg./Max	%Avg/Res.Avg.-1
Resting Pressure	: 14 mmHg				
Squeeze Pressure	: 23 mmHg	28 mmHg	1,9	81,4 %	
Strain Pressure	: 17 mmHg				17,9 %
Endurance	: 2,4 sec				

Obstruction : thérapie

Comportemental :

- Détente
- Adapter les attentes
- Céder aux besoins
- Activité physique : activation générale de la musculature



Physiothérapie du périnée :

- harmoniser les mo
- détente musculaire



Médicamenteux :

- pommade de Diltia



Obstruction : thérapie

Comportemental :

- Détente
- Adapter les attentes
- Activité physique : activation générale de la musculature

Physiothérapie du périnée :

- harmoniser les mouvements de la défécation
- détente musculaire

Médicamenteux :

- pommade de Diltiazème, injection de Botox



aspug-pp
PelviSuisse

Obstruction : thérapie

Comportemental :

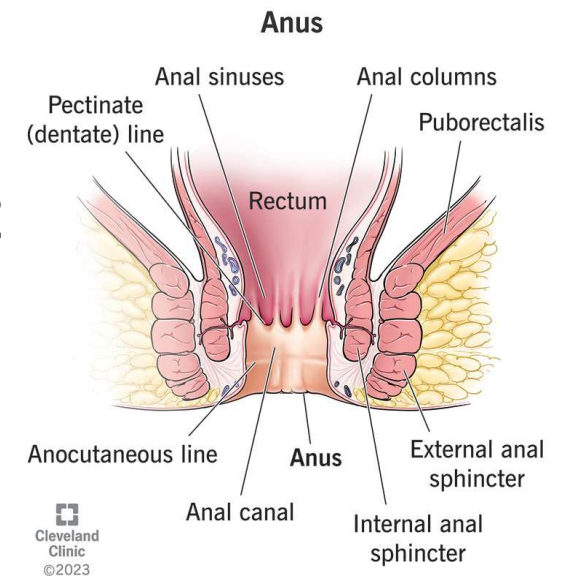
- Détente
- Adapter les attentes
- Activité physique : activation générale de la musculature

Physiothérapie du périnée :

- harmoniser les mouvements de la défécation
- détente musculaire

Médicamenteux :

- pommade de Diltiazème 2% ou Nifedipine 0.2
- injection de Botox dans l'espace entre
- le sphincter anal interne et externe



Opération d'une rectocèle

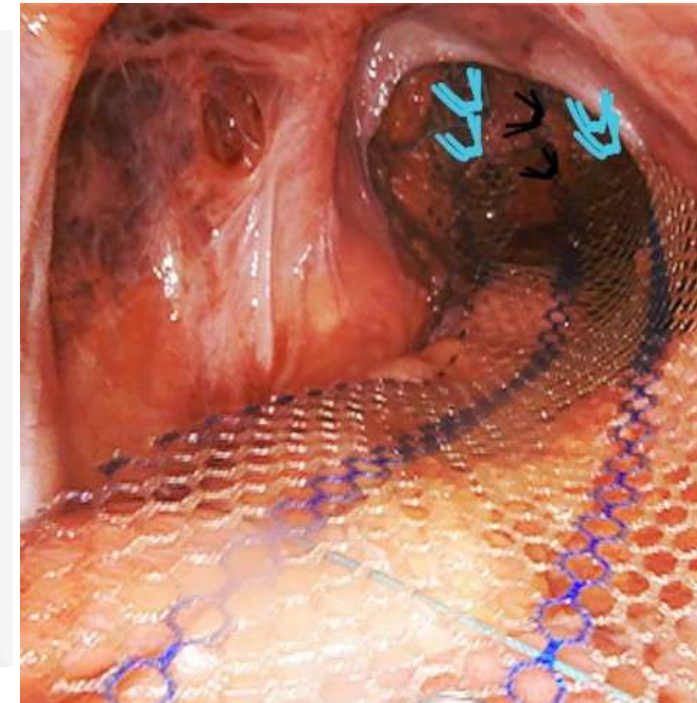
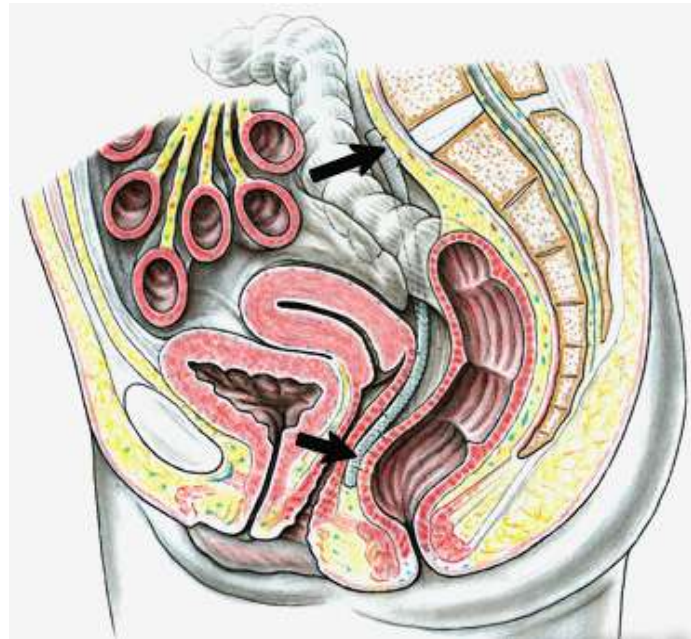
Considérations :

Descente isolée du compartiment postérieur du périnée, ou combinaison avec une cysto- et / ou hystérocèle ? Entérocele ?

Adaptations fonctionnelles effectuées ?

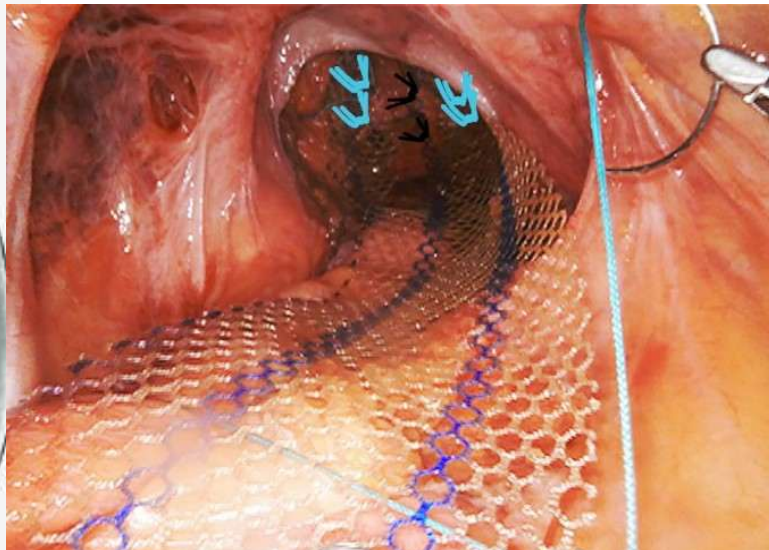
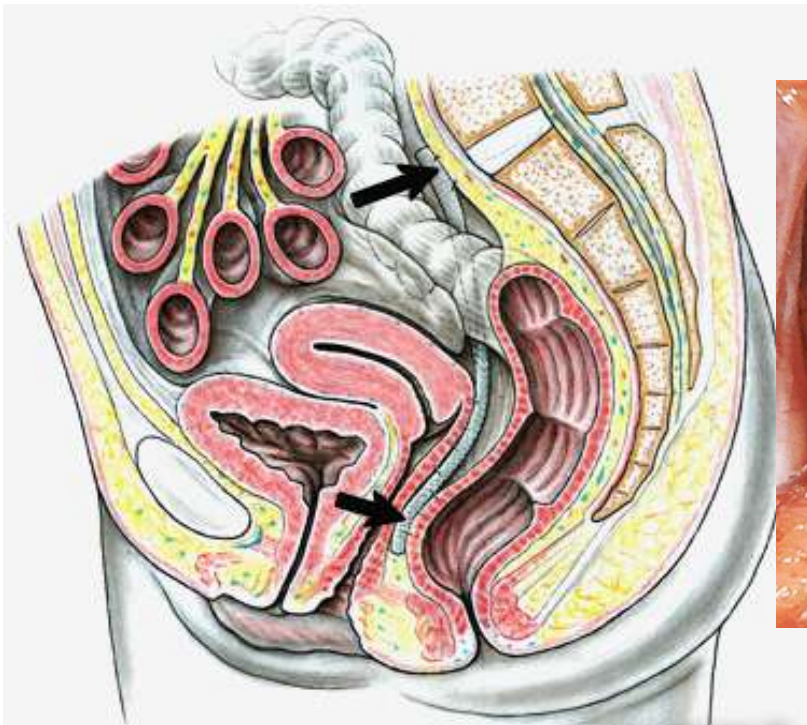
Sphincter anal détendu ?

**Rectopexie antérieure
avec filet selon
D'Hoore (laparoscopique
ou avec le robot)**

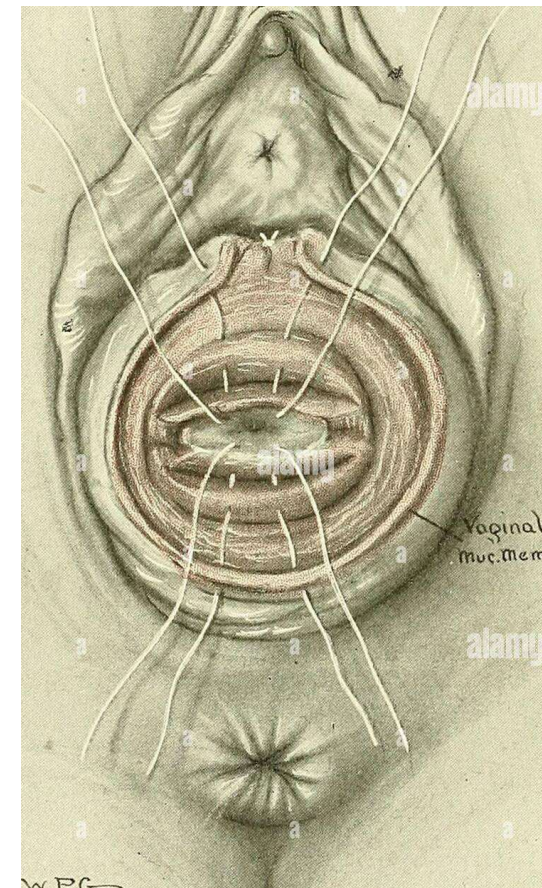


Opération d'une rectocèle

**Rectopexie antérieure
avec filet selon D'Hoores
(laparoscopique ou avec le
robot)**



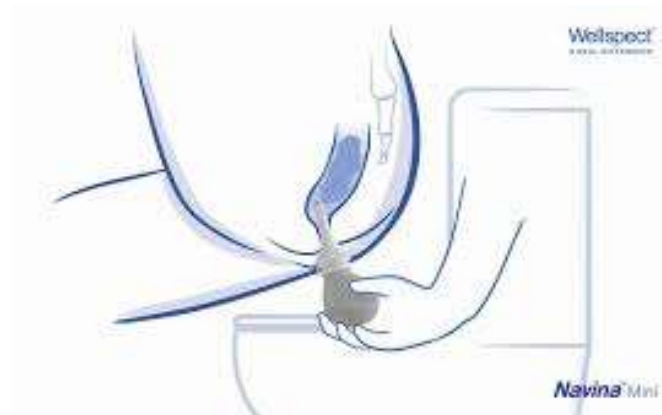
**Colporrhaphie
postérieure**



Obstruction : thérapie

Déblocade par voie rectale :

- **Suppositoires**
- **Lavements rectaux**
- Navina Mini (Wellspect), Qfora, Coloplast
- **Lavements coliques (irrigation)**



Irrigation colique

Retrograde :
Peristeen, Navina,
Qfora



Antérograde : Malon
(appendicostomie)

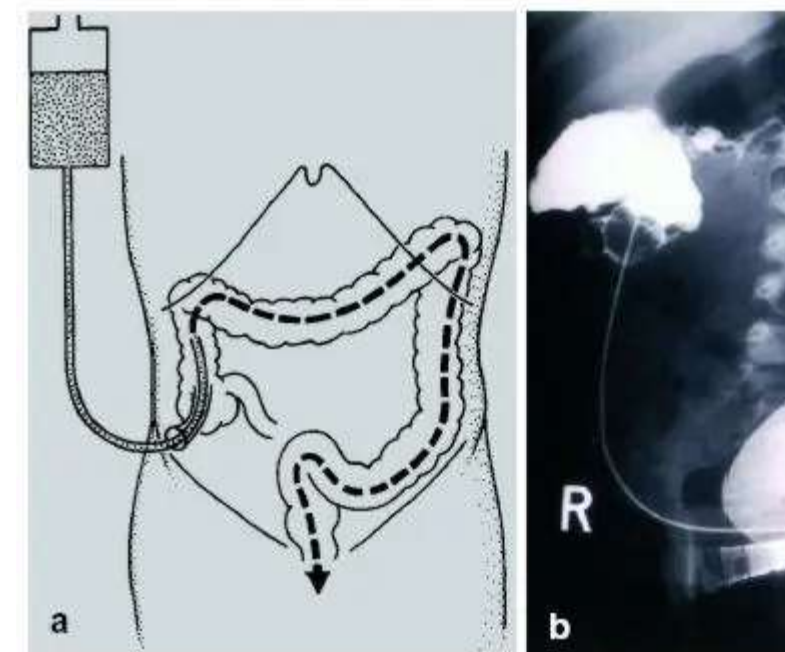


Abbildung 1: a) Schematische Darstellung des MACE-Prinzips, anterograd einen in das Zöcum eingeführten Katheter. b) Antegrader Kolon-Kontrast über MACE-Stoma.

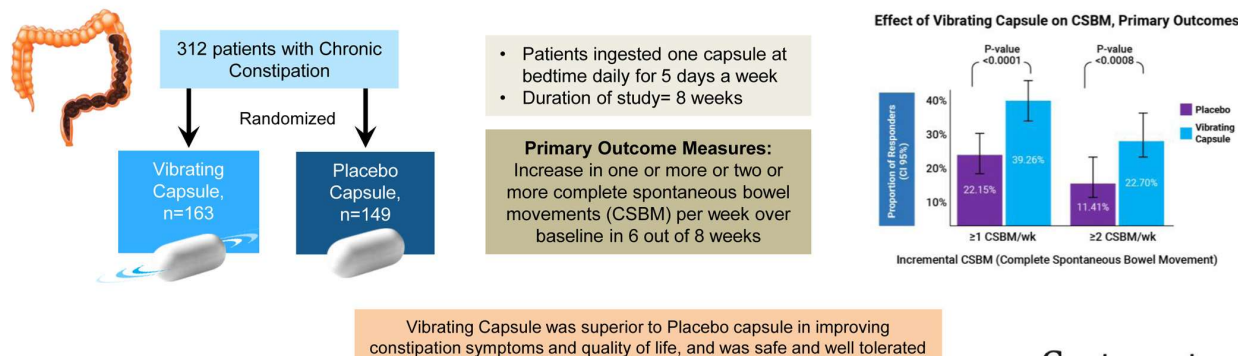
Capsule vibrante

Rao SSC et al. Gastroenterol
2023

Mit der Vibrationskapsel erreichten 38% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mindestens eine und 23% mindestens zwei zusätzliche Entleerungen pro Woche

Vibrating Capsule Treatment for Chronic Constipation

Phase 3, Double Blind, Multicenter, Placebo controlled trial



Gastroenterology

Pas dispo
en Suisse



Quadrimed 2026 – Dr. Christine Maurus

Neuromodulation sacrée



RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

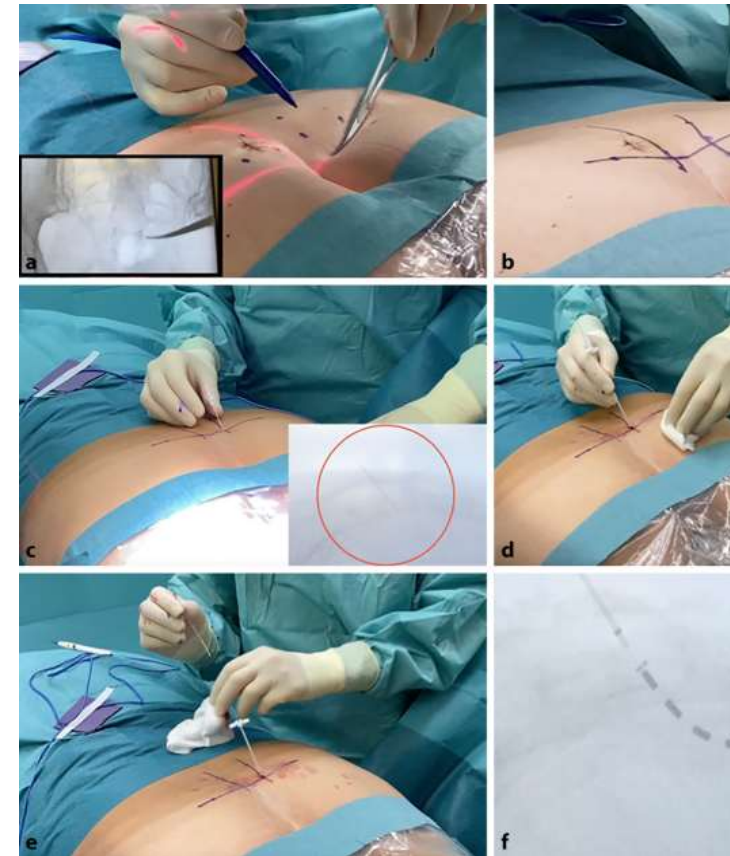
Sacral Neuromodulation Versus Conservative Treatment for Refractory Idiopathic Slow-transit Constipation

The Randomized Clinical No.2-Trial

Heemskerk, Stella C.M. MSc^{*,†,‡}; Dirksen, Carmen D. PhD^{*,†}; van Kuijk, Sander M.J. PhD^{*,†}; Benninga, Marc A. MD, PhD[§]; Baeten, Coen I.M. MD, PhD^{||}; Masclee, Ad A.M. MD, PhD^{†,¶}; Melenhorst, Jarno MD, PhD^{†,‡,¶}; Breukink, Stéphanie O. MD, PhD^{†,‡,¶}

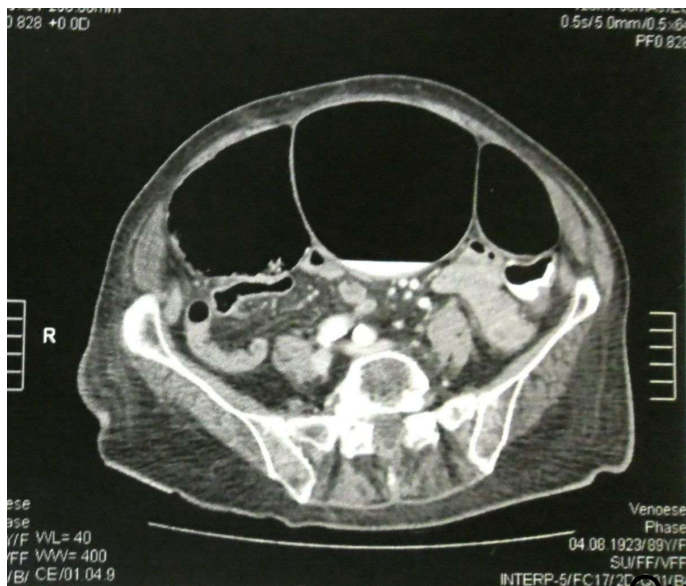
Author Information[☺]

Annals of Surgery 279(5):p 746-754, May 2024. | DOI: 10.1097/SLA.0000000000006158 ©



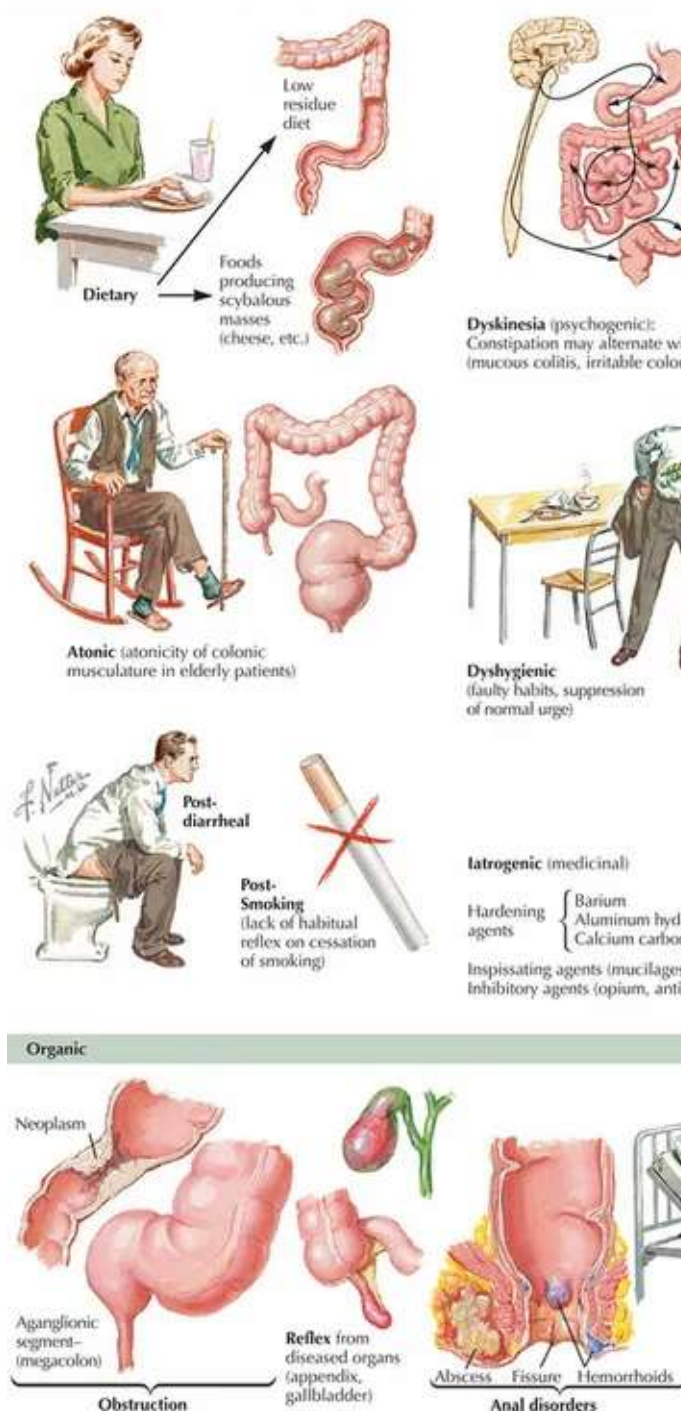
Quadrimed 2026 – Dr. Christine Maurus

Colectomie totale et iléostomie



Résumée

- **Ramollir les selles**
- **Coloscopie à jour** : exclusion obstruction mécanique / tumeur
- **Exclure / traiter des douleurs anales**
- **Optimiser l'évacuation**
- **Adapter les attentes**



Questions – Fragen ???



SWISS MEDICAL
NETWORK



CABINET SÉDUNOIS
— DE CHIRURGIE —

Quadrimed 2026 – Dr. Christine Maurus