

INCONTINENCE ANALE : PRISE EN CHARGE

L'incontinence anale est définie par l'émission involontaire de gaz et ou de selles, solides ou liquides, en dehors d'une défécation.

L'incontinence anale (IA) est une pathologie relativement fréquente si l'on considère qu'une étude française publiée en 1992 rapportait chez des patients de plus de 45 ans une IA chez 11 % d'entre eux ⁽¹⁾. Sa prévalence a été évaluée entre 2 et 24 % dans une revue de la littérature publiée en 2004 ⁽²⁾. Elle reste un sujet tabou, bien plus que l'incontinence urinaire. La méconnaissance des différentes alternatives thérapeutiques par le corps médical est probablement un frein à la prise en charge des patients, alors que nous verrons qu'un traitement médicamenteux simple permet de soulager presque 50 % des patients, à l'issue de la première consultation.

→ FACTEURS DE RISQUES D'INCONTINENCE ANALE

La continence anale résulte du bon fonctionnement de deux systèmes : un système capacitif, le rectum, qui sert de réservoir et un système résistif composé des sphincters anaux internes et externes et du muscle releveur de l'anus. Une innervation sensitive et une sensibilité spécifiques sont également nécessaires : la distension du rectum active des mécanorécepteurs qui entraînent la sensation de besoin et le réflexe d'échantillonnage (qu'y a-t-il dans le rectum : une selle ou un gaz ?) vont permettre au patient de prendre la bonne décision.

De ce fait, l'IA résulte fréquemment de l'association de plusieurs facteurs de risques, listés dans le tableau 1 ⁽³⁾.

L'âge est le principal facteur de risque : dans une étude française, la prévalence est de 8,4 % chez les patients entre 18 et 39 ans, 13 % entre 40 et 59 ans et 16,8 % après 60 ans ⁽⁴⁾. En institution, la prévalence est plus élevée : 23 % avant 70 ans et 41 % après 90 ans ⁽¹⁾.

Viennent ensuite les troubles du transit : diarrhée et constipation doivent être recherchées et traitées. Les recommandations de la société française de gastro-entérologie soulignent l'importance de rechercher en premier lieu une constipation chez tout patient présentant une IA ⁽⁵⁾.

L'accouchement par voie basse est également un facteur de risque à ne pas négliger, par rupture sphinctérienne et/ou étirement du nerf honteux et/ou descente périnéale. Le recours au forceps lors de la délivrance et les déchirures du périnée sont les principaux facteurs de risques ⁽⁶⁾.

→ INTERROGATOIRE

L'interrogatoire du patient est primordial car, grâce à quelques questions ciblées et simples, il permet de comprendre le mécanisme de l'IA et donc d'orienter le traitement ⁽³⁾.

- *Comment sont vos selles ? Quelle est leur consistance ? Leur fréquence ? On peut utiliser l'échelle de Bristol, visuelle et facilement compréhensible. Les selles "cibles" à obtenir sont de type 4 ou 5 (figure 1).*
- *Ressentez-vous des envies ou besoins avant les accidents d'incontinence anale ou pas ? Cette question permet de différencier l'incontinence anale active : le patient ressent le besoin mais ne peut pas se retenir (déficit de contraction volontaire et/ou pression rectale augmentée) de l'incontinence anale passive : le patient ne ressent pas la fuite (déficit de tonus sphinctérien de repos et/ou vidange rectale incomplète).*
- *Avez-vous des fuites de gaz ? De selles ? Les deux ? Avez-vous l'impression que votre rectum n'est pas totalement vidé en fin de selle ? Pouvez-vous facilement vous essuyer après la selle ? Ceci permet de différencier les patients qui présentent un suintement post-défécatoire secondaire à une pathologie hémorroïdaire avancée, responsable d'un suintement ou soiling (différent des selles) ou encore une vidange rectale incomplète. En effet une constipation dite terminale (évacuation incomplète du rectum) est présente chez 38 à 80 % des patients incontinents ⁽⁷⁾.*
- *Avez-vous l'impression que quelque chose ressort de votre anus ? Avez-vous besoin de vous aider avec les doigts pour vider votre rectum ? Ces deux questions permettent d'éliminer un prolapsus rectal, un prolapsus hémorroïdaire ou un trouble de l'évacuation du rectum si les réponses sont négatives.*

Tableau 1 ► Facteurs de risques d'incontinence anale
(tirés des recommandations sur le traitement de l'incontinence anale de la Société Nationale Française de ColoProctologie publiées en 2014)

• Troubles du transit (diarrhée, constipation)	• Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Crohn, rectocolite hémorragique)
• Vieillesse, institutionnalisation	• Prolapsus rectal
• Sexe féminin	• Antécédent de cholécystectomie
• Accouchement difficile (déchirure périnée, forceps)	• Diabète
• Chirurgie ano rectale	• Obésité morbide
• Radiothérapie	• Tabac
• Incontinence urinaire	• Maladie neurologique

Tableau 2 ► SCORE DE JORGE ET WEXNER, COTÉ DE 0 À 20

Nature	Fréquence				
	0	> 1 mois	< 1 mois	< 1 semaine	= 1 jour
Selles solides	0	1	2	3	4
Selles liquides	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Garnitures	0	1	2	3	4
Qualité de vie	0	1	2	3	4

Le score de Jorge et Wexner (*tableau 2*), permet de quantifier l'incontinence anale à l'aide de cinq questions (0 = pas d'IA, 20 = IA sévère) et d'apprécier l'efficacité du traitement instauré. On considère que la qualité de vie est altérée si ce score est supérieur ou égal à 9/20⁽⁸⁾.

→ EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique peut se faire même sans matériel proctologique spécialisé : il se fait en position genu-pectorale ou en décubitus latéral, et sera complété par un examen en position gynécologique si nécessaire : il est en effet important de rechercher un trouble de la statique pelvienne chez la femme et une incontinence urinaire, pathologies fréquemment associées.

L'examen clinique débute par l'inspection de la marge anale : cicatrice de chirurgie anale, de périnée complet, anus béant, souillé de selles, pathologie hémorroïdaire avancée... En poussée, un prolapsus rectal peut être démasqué. Le toucher rectal apprécie le tonus anal de repos (nul, faible, normal) et la contraction volontaire du sphincter anal externe (nulle, faible, normale). Il permet d'éliminer la présence d'un fécalome. Une anoscopie complète ensuite cet examen à la recherche d'une pathologie hémorroïdaire et/ou rectale et apprécie la vacuité du rectum et l'intégrité de sa muqueuse.

→ EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Au terme de la première consultation pour incontinence anale, il n'est pas nécessaire dans la majorité des cas d'avoir recours à des examens complémentaires. Une coloscopie de dépistage doit être proposée si le patient a des antécédents personnels ou familiaux de polype ou de tumeur colique, des rectorragies, des troubles du transit récents.

Les examens complémentaires sont réalisés en seconde intention, après échec de la régulation du transit et de la rééducation périnéale, c'est-à-dire après l'échec du traitement médical de première intention.

Les trois examens les plus fréquemment demandés sont :

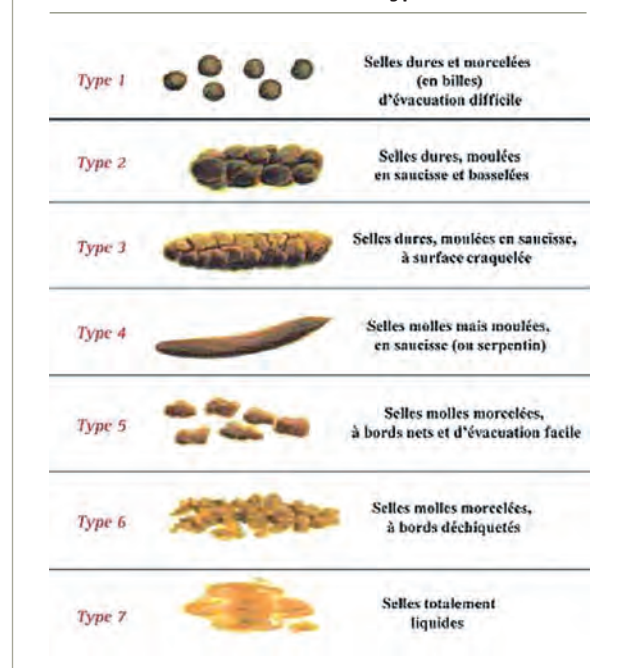
- **La manométrie ano-rectale** qui mesure la baisse de la pression de repos et l'insuffisance de la contraction sphinctérienne. Elle renseigne également sur la sensibilité et le volume du rectum.

- **L'échographie endo-anale** qui permet de visualiser une rupture sphinctérienne et de la quantifier (sphincter interne et externe). Elle explore également l'intégrité de la sangle pubo-rectale.
- **La colpocystodéfécographie** ou, plus récente, la déféco-IRM sont des examens "dynamiques" qui, en opacifiant les trois filières (chez la femme) anale, vaginale et urinaire, au repos et en poussée, objectivent un trouble de la statique pelvienne à corriger chirurgicalement.

→ TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE ANALE

Au terme de la première consultation, sauf trouble de la statique pelvienne évident, un traitement médical pour réguler le transit et améliorer la vidange rectale est à proposer⁽⁹⁾.

Les laxatifs de type mucilages ou osmotiques sont à privilégier, associés ou non à des suppositoires. Les mucilages vont "alourdir" les selles et faciliter leur progression dans

Figure 1 ► Échelle de Bristol
un transit "idéal" est de type 4 ou 5

le colon. Les laxatifs osmotiques vont hydrater les selles et les ramollir. Il est important de spécifier au patient que ce traitement est à suivre au long cours et qu'il n'y a pas de risque de toxicité ni d'accoutumance avec ce type de laxatifs. On peut associer aux laxatifs des suppositoires (de glycérine ou effervescents) à utiliser de préférence le matin afin d'assurer une "vidange" correcte du rectum et donc d'éviter un suintement de résidus de selles ("soiling") ou des fuites de selles au cours de la journée. Si, au contraire, le patient a un transit rapide avec des selles molles, voire liquides, des ralentisseurs du transit (de type lopéramide) et/ou des argiles seront préférables,

Il existe également des tampons anaux (figure 2), faciles d'utilisation, car ils ne nécessitent pas d'éducation particulière: le patient peut les utiliser quotidiennement ou pour une occasion particulière qui le tiendrait éloigné des toilettes. Il existe deux diamètres, le plus gros doit être prescrit en première intention.

L'efficacité du traitement est ensuite réévaluée avec le patient: s'il n'est pas suffisamment efficace, on peut proposer une rééducation ano-rectale pratiquée par un rééducateur spécialisé. La rééducation améliore les symptômes mais est souvent perçue comme contraignante et nécessite en général des séances d'entretien par la suite (9).

En cas d'échec de ce traitement de première ligne, le patient sera adressé dans un centre spécialisé de pelvipérinéologie pour une prise en charge pluridisciplinaire (associant proctologue, chirurgien urologue, radiologue, gynécologue, chirurgien digestif, rééducateur). On pourra lui proposer un traitement de deuxième ligne, après une discussion au cas par cas, toujours après avoir éliminé un trouble de la statique pelvienne à corriger chirurgicalement au préalable:

- **Des irrigations trans-anales**, traitement médical (figure 3) qui consiste à faire 2 à 3 fois par semaine des lavements du colon rétrogrades, grâce à un système fermé et qui, en assurant la vacuité du colon gauche, permet d'éviter les fuites de selles involontaires: ce système est souvent proposé aux patients ayant des maladies neurologiques. Il nécessite un apprentissage réalisé par une infirmière spécialisée mais est ensuite pratiqué par le patient. Il est contre-indiqué en cas de maladie inflammatoire chronique du côlon ou en cas de diverticulose en poussée. Il peut être une alternative à un traitement plus "invasif" (3, 10).
- **Une réparation sphinctérienne**, qui est un traitement chirurgical. Elle consiste à "réparer" une rupture du sphincter anal externe, si celle-ci est en général inférieure à 120 degrés. La suture se fait en paletot, après repérage des deux extrémités rompues du sphincter. L'efficacité de cette réparation est meilleure si elle est faite "à chaud". Ses résultats s'épuisent avec le temps et à dix ans, seuls 30 à 55 % des patients sont toujours continents (11).

Figure 2 ► Tampon anal Peristeen (laboratoire Coloplast®) à insérer comme un suppositoire et à retirer comme un tampon



Figure 3 ► Matériel Peristeen (laboratoire Coloplast®) pour irrigation transanale



Figure 4 ► Neuromodulation des racines sacrées (système commercialisé par Medtronic®)

A: période test avec boîtier externe transitoire
B: implantation définitive du boîtier dans la fesse

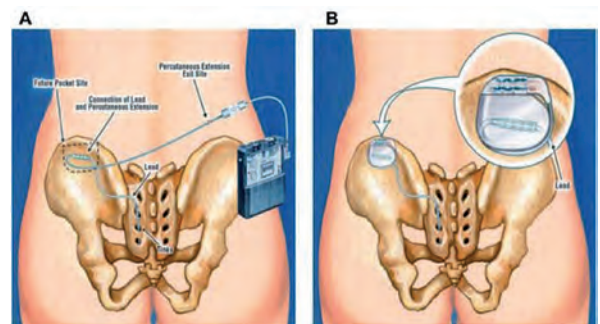
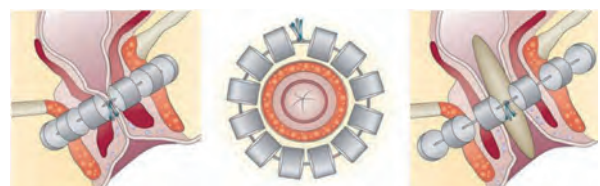


Figure 5 ► Sphincter magnétique (évaluation en cours)

Image 1 et 2: au repos - Image 3: en poussée





LES INCONTINENCES LÉGÈRES À MODÉRÉES SONT LE PLUS SOUVENT SOULAGÉES PAR LA RÉGULATION DU TRANSIT ET/OU UNE RÉÉDUCATION PÉRINÉALE.



- **Une neuromodulation des racines sacrées**, traitement médical et chirurgical. Cette technique consiste à stimuler les racines sacrées par l'intermédiaire d'une électrode implantée le plus souvent au niveau de S3 et reliée à un boîtier. L'implantation se fait sous anesthésie locale. Une période de test avec activation de la stimulation est réalisée pendant 2 à 3 semaines.

Si les épisodes de fuite de selles diminuent d'au moins 50 %, le test est considéré comme positif et le dispositif est implanté définitivement: on remplace alors le boîtier externe par un boîtier plus petit, implanté dans la fesse (*figure 4*). Le patient peut ensuite arrêter la stimulation si nécessaire et doit être prévenu des contre-indications liées à ce dispositif: IRM, portique sécurisé d'aéroport par exemple...).

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de critères prédictifs de bonne ou de mauvaise réponse. Le pourcentage de patients répondeurs (au moins 50 % d'amélioration) est évalué entre 50 et 70 %⁽¹²⁾. Un contrôle annuel est ensuite nécessaire pour vérifier la bonne marche du dispositif⁽¹³⁾.

- **Une pose d'un sphincter magnétique**, traitement chirurgical, en cours d'évaluation actuellement. Il s'agit d'insérer autour du canal anal, à sa partie basse, un anneau fait de petits aimants enfilés sur un fil. Au repos, les aimants sont collés les uns aux autres et assurent la continence, en poussée, ils s'écartent pour laisser passer les selles (*figure 5*).

→ CONCLUSION

L'incontinence anale est un symptôme fréquent, qui reste tabou. Les incontinences légères à modérées sont le plus souvent soulagées par la régulation du transit et/ou une rééducation périnéale. Les patients ayant une incontinence plus sévère peuvent bénéficier d'une prise en charge dans un centre spécialisé ou seront proposés des traitements médicaux ou chirurgicaux. La prévention de l'apparition des troubles reste cependant le traitement le plus efficace. •

RÉFÉRENCES

1. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, et al. *Prevalence of anal incontinence in adults*. Gastroenterol Clin Biol. 1992; 16 (4): 344-50.
2. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, et al. *The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature*. Dis Colon Rectum. 2004 Aug; 47 (8): 1341-9.
3. Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, et al. *Treatments of faecal incontinence: recommendations from the French national society of coloproctology*. Colorectal Dis. 2014 Mar; 16 (3): 159-66.
4. Damon H, Guye O, Seigneurin A et al. *Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life*. Gastroenterol Clin Biol. 2006 Jan; 30 (1): 37-43.
5. Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, et al. *French Gastroenterology Society. Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults*. Gastroenterol Clin Biol. 2007 Feb; 31 (2): 125-35.
6. Damon H1, Henry L, Barth X, et al. *Fecal incontinence in females with a past history of vaginal delivery: significance of anal sphincter defects detected by ultrasound*. Dis Colon Rectum. 2002 Nov; 45 (11): 1445-50.
7. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, et al. *Defecation disorders: a French population survey*. Dis Colon Rectum. 2006 Feb; 49 (2): 219-27.
8. Jorge JM, Wexner SD. *Etiology and management of fecal incontinence*. Dis Colon Rectum. 1993; 36: 77-97.
9. Heymen S1, Pikarsky AJ, Weiss EG, et al. *A prospective randomized trial comparing four biofeedback techniques for patients with faecal incontinence*. Colorectal Dis. 2000 Apr; 2 (2): 88-92.
10. Damon H, Siproudhis L, Faucheron JL, et al. *Oralia Trial Group. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study*. Dig Liver Dis. 2014 Mar; 46 (3): 237-42.
11. Bravo Gutierrez A, Madoff RD, Lowry AC, et al. *Long-term results of anterior sphincteroplasty*. Dis Colon Rectum. 2004 May; 47 (5): 727-31;
12. Boyle DJ, Murphy J, Gooneratne ML, et al. *Efficacy of sacral nerve stimulation for the treatment of fecal incontinence*. Dis Colon Rectum. 2011; 54: 1271-8.
13. Leroi AM, Parc Y, Lehur PA, et al. *Study Group. Efficacy of sacral nerve stimulation for fecal incontinence: results of a multicenter double-blind crossover study*. Ann Surg. 2005; 242: 662-9.