

DOI 10.4267/2042/45841

PROCTOLOGIE

Incontinence anale

Thierry Higuero (Beausoleil), Anne-Laure Tarrerias (Paris)thierryhiguero@yahoo.fr

Résumé

L'incontinence anale se définit comme l'émission involontaire par l'anus de gaz ou de selles (liquides ou solides). Sa prévalence et l'altération de la qualité de vie induite justifient une prise en charge active, voire un dépistage. Tout praticien peut débiter un traitement de première ligne adapté aux formes mineures. La régulation du transit est indispensable et parfois suffisante. La manométrie anorectale reste l'examen de première intention, ce dernier guidant une rééducation par biofeedback. L'échographie endoanale et l'imagerie du périnée sont justifiées en fonction de l'anamnèse et si une chirurgie est envisagée. En dehors des causes spécifiques, l'incontinence anale sévère peut relever d'une chirurgie en centre expert, dominée par la réparation sphinctérienne, la neuromodulation des racines sacrées et la cure des troubles de la statique.

Mots-clés

Incontinence anale ; Manométrie anorectale ; Echographie endoanale ; Qualité de vie ; Neuromodulation des racines sacrées

DÉFINITION ET PRÉVALENCE

L'incontinence anale (IA) se définit comme l'émission involontaire par l'anus de gaz et/ou de selles liquides et/ou solides. La fréquence de l'IA est probablement sous-estimée. De par la nature même du symptôme et sa connotation sociale dévalorisante, les patients peuvent ne pas s'en plaindre spontanément. Ainsi, lors d'une enquête en population imposant une recherche systématique d'une IA par des gastro-entérologues auprès de leur patient, le symptôme existait depuis plus d'un an chez 74 % des patients ; 4 % d'entre eux seulement avaient déjà consulté pour ce problème ; le médecin qui effectuait l'étude ignorait l'existence de l'IA chez ses patients dans 85 % des cas avant l'enquête [1]. La prévalence de l'IA est estimée en France à 11 % dans une population de personnes de 45 ans et plus, vivant à domicile (soit deux millions de personnes) ; l'incontinence fécale est estimée à 6 % [2]. La qualité de vie des sujets atteints d'IA est moindre que celle de la population générale [1] : perte d'estime de soi, isolement, rejet par l'entourage, inconfort physique, difficultés de déplacement et dans la vie professionnelle, blocage des relations sociales ou sexuelles pour aboutir à un isolement social et à un vécu dépressif [3].

SÉMIOLOGIE

L'IA passive se manifeste en dehors de la volonté du patient. Elle est le reflet d'une hypotonie sphinctérienne de repos et donc, généralement, d'une atteinte du sphincter interne. Le rectum est généralement plein. Elle se traduit par la perte intempestive d'un gaz intestinal et/ou par une fuite anale (glaireuse, fécale). De façon typique, le patient, après une toilette ou une évacuation qu'il considère comme terminée, va retrouver dans son linge des selles moulées ou des traces de matières.

L'IA active entraîne une incapacité à différer le moment de l'évacuation des selles, alors même que la sensation de besoin est perçue. Elle est le reflet d'une atteinte du sphincter externe. Le rectum est généralement vide. Tout particulièrement chez la personne âgée, il faut bien distinguer cette symptomatologie d'une diarrhée.

Ces 2 types d'IA peuvent coexister comme les urgences défécatoires associant une sensation de besoin pressante et un raccourcissement du délai de sécurité.

L'importance de l'IA est évaluée à l'aide de scores. Le score de gravité le plus utilisé est le score de la Cleveland Clinic, dit de Wexner [4].

ÉTIOLOGIES

La cause est évidente

- IA active du fait des selles liquides : MICI, entérite radique
- délai de retenue raccourci avec syndrome rectal souvent associé : rectite radique ou ulcéreuse, tumeur rectale
- trouble de la perception rectale induit par un fécalome ou certaines affections neurologiques : SEP, AVC, démence, Parkinson, diabète
- lésions sphinctériennes :
 - chirurgie anale (fistules, fissure, hémorroïdectomie)
 - déchirure obstétricale de haut grade, même réparée en salle de travail. En post-partum, les séries sur les primipares montrent une IA dans 13 %, le plus souvent aux gaz [5,6] et une IA aux selles dans 1 à 2 % des cas [5-7]
- Malformation opérée
- trouble de la statique patent : prolapsus total du rectum

La cause n'est pas évidente

- altération des capacités résistives du périnée par étirement des nerfs périméaux : constipation chronique avec efforts de poussée, multiparité, macrosomie, forceps, déchirure, expression abdominale, obésité, hystérectomie
- altération périnéale suite à une chirurgie pour prolapsus urologique ou gynécologique.

EXAMEN PÉRINÉAL

L'examen périnéal est pratiqué en position gynécologique chez la femme, en décubitus latéral ou en gèneupectorale chez l'homme.

L'inspection de la marge anale et du périnée permet d'identifier des lésions cutanées périanales (suite à un suintement), une perte ou asymétrie des plis radiés, des cicatrices périnéales, une béance anale.

L'inspection périnéale dynamique lors d'efforts de poussée abdominale et de contraction anale recherche une descente périnéale postérieure (disparition du pli interfessier) et/ou antérieure, une cystocèle, une hystérocèle, voire un prolapsus rectal.

Le toucher anal et rectal au repos et lors des efforts, évalue le tonus anal de repos, la qualité de la contraction volontaire, la relaxation sphinctérienne lors des efforts de poussée, recherche une tumeur anale ou rectale, un rectum plein de matières.

L'anuscopie vérifie la muqueuse rectale et recherche un prolapsus rectal intracanalair.

L'examen neurologique va vérifier l'existence du réflexe cutanéosphinctérien et clitorido-sphinctérien chez la femme. La sensibilité cutanée étant vérifiée, leur absence doit conduire à la recherche d'une lésion neurologique.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils sont demandés en fonction de l'interrogatoire, de l'examen clinique et de la prise en charge thérapeutique envisagée [8].

La manométrie anorectale doit permettre de quantifier le tonus anal de repos, la qualité de la contraction anale volontaire et donne des informations sur la fonction du réservoir rectal. Les résultats de cet examen doivent servir de base pour orienter la rééducation anorectale [9].

L'électromyographie, pratiquée par le neurophysiologiste, est utile uniquement si l'on suspecte une maladie neurologique périphérique.

L'écho endoscopie anale, réalisée le plus souvent par les gastroentérologues à l'aide d'une sonde rigide de préférence, permet de mettre en évidence une lésion des sphincters interne et externe avec une sensibilité de 95 à 100 % et une spécificité de 83 à 100 % [10].

L'imagerie du périnée envisagée lorsque on évoque un trouble de la statique périnéale, notamment si un traitement chirurgical est envisagé : colpocystodéfécographie ou IRM dynamique (déféco-IRM) en fonction de l'expertise locale et la disponibilité des opérateurs ou des machines.

La coloscopie surtout en cas de trouble du transit associé.

TRAITEMENTS DE PREMIÈRE LIGNE

Adaptés aux formes mineures et appliqués au début de la prise en charge des formes sévères.

Traitement médical

Il peut suffire chez 61 % des malades incontinents [11] et repose sur la correction des troubles du transit intestinal, et l'obtention d'une bonne vidange rectale.

En cas de diarrhée, il faut en rechercher la cause et la traiter. Le recours aux anti-diarrhéiques permet de juguler les IA accompagnant la diarrhée chronique.

En cas de fécalome ou de constipation distale à rectum plein, il est nécessaire de vider le côlon et le rectum (suppositoires starters de l'exonération, voire lavements à l'eau) avant d'évaluer l'IA. Le traitement préventif de la récurrence peut imposer la prise en charge au long cours de la constipation.

Biofeedback

L'examen permettant d'établir un programme de biofeedback est la manométrie anorectale. Il est fondamental d'associer à la rééducation périnéale, une rééducation de la sangle abdominale et de la respiration. Les résultats publiés donnent un taux de succès qui varie entre 50 et 80 %. Plusieurs analyses restent réservées [12]. Une étude plaide la supériorité de la rééducation sur le traitement médical seul, mais en recommandant des séances d'entretien à moyen terme [13].

Electrostimulation

L'efficacité de l'électrostimulation, anale ou vaginale, n'est pas prouvée [14-16]. Elle est très utilisée en se servant d'un stimulateur portatif – préférer des courants de basse fréquence (10 Hz) à somme nulle. Les patients ont une sensation subjective de meilleur contrôle.

Traitements instrumentaux

- **Bouchon anal** : dans certaines incontinenances de l'enfant (*spina bifida*), chez le sujet âgé institutionnalisé avec une diarrhée non contrôlée médicalement. La limitation la plus nette à son emploi est sa médiocre tolérance (près de deux patients sur trois ne le supportent pas). Inefficace en cas de diarrhée, il peut être utile en l'absence de diarrhée, surtout pour les patients qui redoutent les sorties en raison de leur incontinence.
- **Stimulation du nerf tibial postérieur** : illustrée dans un travail préliminaire avec 60 % d'amélioration [17]. L'avantage de cette technique est sa simplicité de mise en œuvre et son faible coût. À terme, elle pourrait représenter une étape test avant d'envisager la neuromodulation des racines sacrées.

TRAITEMENTS DE SECONDE LIGNE

Mis en route après un bilan complémentaire, ils s'adressent aux IA mal tolérées et/ou sévères.

Traitement chirurgical

La difficulté est d'évaluer en préopératoire la part de l'anomalie mise en évidence dans l'incontinence, car sa constatation ne signifie pas qu'elle soit à l'origine du symptôme. Les patients doivent être informés de cette possibilité.

- *Réparation sphinctérienne*

La sphinctérorraphie est l'intervention la plus fréquemment réalisée. La réparation sphinctérienne ne porte que sur le sphincter externe lorsque la rupture est inférieure à 120 ou 180 degrés selon les auteurs. Le sphincter interne n'est pas accessible à une sphinctérorraphie.

Le succès de la sphinctérorraphie représente de 69 à 97 % des patients opérés ; les résultats se dégradent avec le temps, avec le maintien de l'amélioration à cinq ans dans 50 % des cas.

- *Troubles de la statique du rectum*

D'emblée, en cas de **prolapsus total extériorisé** du rectum. A discuter en cas de **prolapsus interne du rectum** qui peut être impliqué dans une IA. Des séries limitées ont montré une amélioration atteignant 75 % des sujets opérés avec un niveau de preuve faible [18].

- **Chirurgie de substitution**

On s'adresse à des patients dont le sphincter est détruit, non réparable ou dénervé.

- *Graciloplastie* : Transplantation autologue du gracilis autour du canal anal associé à une stimulation permanente. Cela établit une zone de plus haute pression qui permet d'acquérir une continence d'urgence. La dégradation des résultats avec le temps au prix d'une morbidité notable a fait tomber cette technique en désuétude.

- *Sphincter anal artificiel* : Implanté autour du canal anal, il a la forme d'un anneau gonflé en permanence. Le patient dégonfle cet anneau pour évacuer une selle. Les résultats publiés montrent un taux de succès de 50 à 75 % [19]. Les principales complications sont l'infection et les ulcérations pouvant aboutir à une explantation dans près d'un cas sur deux à long terme et le maintien d'un taux de succès à 7 ans dans 50 % des cas. Ce matériel n'est plus disponible en France après avis de l'HAS depuis juin 2010.

- **Chirurgie fonctionnelle**

- *Neuromodulation des racines sacrées* dont le principe est d'implanter une électrode reliée à un boîtier externe sur l'une des racines sacrées S2, S3 ou S4 pendant une période test de 10 jours et de stimuler en continu à l'aide d'un courant rectangulaire de fréquence entre 10 et 25 Hz. Si le test est positif (plus de 50 % d'amélioration du score d'incontinence anale et récurrence de l'incontinence à l'arrêt de la neuromodulation), le dispositif sera implanté.

Dans l'ensemble, les résultats sont positifs pour environ 60 % des patients, avec une amélioration des symptômes et de la qualité de vie [22]. **La Haute Autorité de Santé** vient de donner un avis favorable à son remboursement dans le cadre de l'IA : les **indications** doivent être posées par des équipes pluridisciplinaires, spécialisées : incontinence fécale sévère après échec des traitements traditionnels sur un sphincter anatomiquement correct avec intégrité des racines sacrées, même si des résultats récents montrent qu'une rupture sphinctérienne [20,21] et/ou une neuropathie pudendale ne constituent pas une contre-indication [21].

- *La stomie terminale définitive* s'adresse à des patients en échec thérapeutique. Le taux de complications n'est pas négligeable, mais une stomie bien appareillée permet d'envisager une réinsertion sociale. Le **lavement antérograde par une cœcostomie continente** (intervention de Malone), permet d'obtenir un contrôle des fuites anales et une amélioration de la qualité de vie chez la plupart des patients, particulièrement en cas d'IA associée à une constipation secondaire ou à une affection neurologique ou malformative [23]. Un dispositif percutané par voie endoscopique est disponible et mérite d'être évalué.

Les traitements instrumentaux

Ils restent du domaine de l'évaluation thérapeutique et sont parfois proposés dans le cadre de protocoles : radiofréquence, agents de comblement.

PRÉVENTION DE L'IA

On peut conseiller de lutter contre la constipation terminale notamment chez la femme qui a accouché avec extraction instrumentale et discuter d'une césarienne en cas de risque périnéal : antécédent de résection antérieure du rectum, de chirurgie proctologique avec lésion sphinctérienne, de malformation anorectale, d'affection neurologique, de maladie inflammatoire intestinale avec atteinte proctologique sévère, de réparation sphinctérienne déjà effectuée, d'épisodes d'incontinence anale majeure au décours d'un précédent accouchement.

CONCLUSION

L'incontinence anale est une pathologie fréquente qu'il faut savoir dépister du fait d'une sous-déclaration des patients. Elle dégrade sévèrement la qualité de vie. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage de cette pathologie est capital. L'examen clinique et l'interrogatoire sont souvent suffisants pour déterminer le mécanisme principal de l'incontinence anale. Les examens de première ligne sont l'échographie endoanale et la

manométrie anorectale. Le traitement de première intention est dominé par la prise en charge du transit intestinal qui peut être entamée dans la majorité des cas sans examen complémentaire préalable et le biofeedback. La chirurgie est réservée aux formes les plus sévères. Il est recommandé avant la chirurgie d'évaluer l'incontinence avec un score validé et de disposer d'explorations complémentaires objectives, utiles soit à la décision thérapeutique, soit en cas de complication ou d'échec. La prise en charge peut faire appel à des centres spécialisés, disposant d'une réunion de concertation de périnéologie, tout particulièrement en cas de trouble global de la statique pelvienne et de troubles urinaires associés. Les associations thérapeutiques sont la clé du traitement de l'incontinence anale. La prévention associe : la rééducation du post partum, le traitement des constipations chroniques sévères, la prise en charge chirurgicale prudente des maladies proctologiques.

Références

1. Damon H, Guye O, Seigneurin A, Long F, Sonko A, Faucheron JL, et al. prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:37-43.
2. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, et al. Prevalence of anal incontinence in adults. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16:344-50.
3. Malouf AJ, Chambers MG, Kamm MA. Clinical and economic evaluation of surgical treatments for faecal incontinence. *Br J Surg* 2001;88:1029-36.
4. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
5. Sultan AH, Kamm, Hudson CN, Thomas JM, et al. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-11.
6. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? *Dis Colon Rectum* 2000;43:590-8.
7. Zetterström JP, Lopez A, Anzen B, et al. Anal incontinence after vaginal delivery: a prospective study in primiparous women. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:324-30.
8. Rao SS. A balancing view: Fecal incontinence: test or treat empirically - which strategy is best? *Am J Gastroenterol* 2006;101:2683-4 .
9. Bharucha AE. Pro: Anorectal testing is useful in fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2679-81.
10. Sultan AH, Kamm MA, Talbot IC, Nicholls RJ, Bartram CI. Anal endosonography for identifying external sphincter defects confirmed histologically. *Br J Surg* 1994;81:463-5.
11. Demirci S, Gallas S, Bertot-Sassigneux P, Michot F, Denis P, Leroi AM. Anal incontinence: the role of medical management. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:954-60.
12. Norton C, Cody JD, Hosker G. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD002111.
13. Guillemot F, Bouche B, Gower-Rousseau C, Chartier M, Wolschies E, Lamblin MD, et al. Biofeedback for the treatment of fecal incontinence. Long-term clinical results. *Dis Colon Rectum* 1995;38:393-7.

14. Lehur PA, Leroi AM. Anal incontinence in adults. Guidelines for clinical practice. National French Gastroenterology Society. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24:299-314.
15. Leroi AM, Karoui S, Touchais JY, Berkelmans I, Denis P. Electrostimulation is not a clinically effective treatment of anal incontinence. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:1045-7.
16. Naimy N, Lindam AT, Bakka A, Faerden AE, Wilk P, Carlsen E, et al. Biofeedback vs. electrostimulation in the treatment of postdelivery anal incontinence: a randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2007;50:2040-6.
17. Queralto M, Portier G, Cabarrot PH, Bonnaud G, Chotard JP, Nadrigny M, et al. Preliminary results of peripheral transcutaneous neuromodulation in the treatment of idiopathic fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:670-2.
18. Lazorthes F, Gamagami R, Cabarrot P, Muhammad S. Is rectal intussusception a cause of idiopathic incontinence? *Dis Colon Rectum* 1998;41:602-5.
19. Lehur PA, Glemain P, Bruley des Varannes S, Buzelin JM, Leborgne J. Outcome of patients with an implanted artificial anal sphincter for severe faecal incontinence. A single institution report. *Int J Colorectal Dis* 1998;13:88-92.
20. Conaghan P, Farouk R. Sacral nerve stimulation can be successful in patients with ultrasound evidence of external anal sphincter disruption. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1610-4.
21. Tjandra JJ, Chan MK, Yeh CH, Murray-Green C. Sacral nerve stimulation is more effective than optimal medical therapy for severe fecal incontinence: a randomized, controlled study. *Dis Colon Rectum* 2008;51:494-502.
22. Leroi AM, Parc Y, Lehur PA, Mion F, Barth X, Rullier E, et al. Efficacy of sacral nerve stimulation for fecal incontinence: results of a multicenter double-blind crossover study. *Ann Surg* 2005;242:662-9.
23. Worsoe J, Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Laurberg S. Long-term results of antegrade colonic enema in adult patients: assessment of functional results. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1523-8.
24. Abramowitz L. Incontinence anale du post-partum. *Pelv Perineol* 2009;4:31-38.