

INCONTINENCE ANALE "IA"

Pr. D. Gallot

Chef de service de chirurgie viscérale Hôpital Bichat
Séance du 20 avril 2000

1. Introduction

L'IA est un problème de santé publique, qui en France jusqu'à une date toute récente était très largement sous-estimé. La première étude de Philippe Denis était très générale et remonte à 7 ans. L'IA concerne :

- ▶ 1 à 2 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile,
- ▶ 30% des personnes de plus de 65 ans vivant en institution
- ▶ 1,1% de la population générale

En matière de santé publique tant en France que dans les autres pays, le coût de cette pathologie atteint des sommes très importantes.

- ▶ Une étude de l'industrie de la recherche de 1984 a chiffré à 5 milliards d'Euros par an les coûts induits par l'incontinence fécale.
- ▶ Une étude plus récente de 1992 montre que pour un patient les coûts de protection et de soins nécessités par l'IA est de l'ordre de 500€ / mois.

L'IA pose un problème médical préoccupant. Il s'agit, à l'inverse de l'incontinence urinaire, d'une **pathologie cachée, vécue comme une affection « tabou »**.

Elle concerne surtout les femmes, et le traumatisme joue un rôle important dans sa survenue. C'est une infirmité très handicapante, avec pour conséquences l'isolement, le repli sur soi, un retentissement psychologique et une dégradation de la qualité de vie ; conséquences d'autant plus marquées qu'il s'agit de sujets âgés.

L'IA étant une pathologie cachée, le médecin généraliste ou le gastro-entérologue doit la rechercher devant des tableaux qui a priori n'ont rien à voir avec une IA : le sujet vient consulter pour des douleurs, de la diarrhée, une gêne. Il faut l'examiner et si l'on apprend que le sphincter est un peu faible que dans les antécédents on note une multiparité, ou des déchirures périnéales, ou le recours au forceps pour l'un des accouchements, il faut penser à l'incontinence fécale. Les femmes ne viennent pas vous dire : « je perds mes selles ». Il faut avoir un interrogatoire dirigé si l'on veut faire le diagnostic de cette pathologie.

2. Les mécanismes de l'incontinence anale

Il y a à l'origine de l'IA plusieurs mécanismes qui peuvent intervenir.

2.1. Les troubles de la sénescence

Avec l'âge survient :

- ▶ Une diminution des performances des sphincters du muscle strié,
- ▶ Chez la femme des troubles dystrophiques du muscle strié liés aux modifications hormonales post-ménopausiques,
- ▶ Des troubles neurologiques périphériques mais aussi dégénératifs centraux qui doivent interférer avec une physiologie complexe,
- ▶ Des troubles de la perception du besoin d'exonération.

2.2. Les troubles trophostatiques

Les modifications trophostatiques sont liées :

- ▶ A l'**effondrement musculaire du plancher pelvien**
- ▶ A des **modifications au niveau ostéo-articulaire** : avec les hyperlordoses, la bascule du sacrum, le recul de la butée coccygienne qui aboutissent à une verticalisation de l'intestin terminal et à la suppression de la valve ano-rectale.

Ces modifications **trophostatiques jouent un rôle aussi important que l'altération du sphincter lui-même dans la survenue de l'IA.**

2.3. Hyperpression abdominale chronique : constipation terminale

Chez les femmes que l'on est amené à voir dans le cadre de l'IA, il existe presque toujours une **constipation très ancienne**. Ces femmes ont ressenti pendant des années le besoin d'aller aux toilettes pour évacuer leur rectum, et n'y arrivant pas, elles poussent de façon importante répétée et quotidienne.

Cette constipation terminale, cette dyschésie ou « anisme » à pour cause l'hypertonie paradoxale des releveurs qui ne se relâchent pas au moment de la défécation (dysfonctionnement musculaire)

- ▶ Elle aboutit à ce que les anglais appellent « une défécation traumatique par étirement » lors des efforts de poussée abdominale répétée
- ▶ Cette défécation traumatique persistante pendant 10, 20, 30 ans entraîne à la longue non seulement une distension des muscles releveurs mais également un étirement des nerfs moteurs des releveurs (les nerf honteux internes) pour aboutir à une neuromyopathie par élongation.

Ainsi chez la femme âgée, s'associent, le plus souvent, ces trois facteurs :

- ▶ La défécation traumatique,
- ▶ La diminution des performances musculaires du sphincter strié,
- ▶ Les troubles trophostatiques modifiant la statique pelvienne avec la verticalisation de l'intestin terminal et la suppression de la valve anale.

La neuromyopathie qui en résulte aboutit à un effondrement musculaire et à une incontinence anale.

2.4. Les traumatismes directs

A côté des mécanismes précédents, l'IA peut être la conséquence de traumatismes directs :

- ▶ Les ruptures sphinctériennes et avant tout les ruptures du postpartum
- ▶ Certaines complications de la chirurgie proctologique par malfaçons opératoires notamment de la cure des abcès et/ou de fistules anales,
- ▶ Certaines modifications de la statique pelvienne liées à des interventions chirurgicales, notamment l'hystérectomie,;
- ▶ Des traumatismes plus rares et inhabituels qui peuvent aboutir à la destruction du canal muqueux aboutissant à « une incontinence sensible » par perte du besoin de défécation avec un muscle strié intact ;
- ▶ Les traumatismes de la voie publique avec dysjonction symphysaire majeure qui déchire complètement le plancher pelvien.

3. La prise en charge de l'incontinence anale

Dans la pratique il y a une intrication de ces différents mécanismes. Actuellement le recrutement du service chirurgical est **essentiellement féminin : sur 120 patients seulement 12 hommes.**

Cette constatation est faite par les différentes équipes chirurgicales s'intéressant à la question, sans qu'une explication puisse être donnée.

Cependant les études épidémiologiques montrent une équivalence de l'IA dans les deux sexes et même après 65 ans une prédominance masculine.

La prise en charge chirurgicale ne concerne actuellement qu'une minorité de patients. Ce sont :

- ▶ Les I.A. traumatiques par
 - Rupture sphinctérienne (essentiellement déchirure du postpartum)
 - Destruction de la muqueuse canalaire, ce sont les incontinenes sensitives ;
- ▶ Les incontinenes par détérioration fonctionnelle qui sont peut être les plus fréquentes, mais dont la prévalence est actuellement inconnue.

3.1. D'abord reconnaître l'incontinence anale

Circonstances du diagnostic

La situation est totalement différente selon que l'on est amené à voir un patient :

- ▶ En institution où l'IA est évidente : le linge, les vêtements sont souillés ; tout le monde le voit et donne l'information.
- ▶ Autonome et qui vient consulter au cabinet. La consultante ne parlera pas de son IA. (c'est une pathologie qui est cachée au médecin). Elle parle facilement de son incontinence urinaire qu'elle rattache au traumatisme obstétrical mais pas de son incontinence fécale.

L'interrogatoire

Il faut reconnaître l'incontinence :

- ▶ Par l'interrogatoire et par l'examen du linge,
- ▶ S'enquérir sur son ancienneté,
- ▶ En précisant ses facteurs déclenchants. Ce peut être des accidents d'incontinence transitoires, temporaires et sans gravité liée à une modification du transit ou une pathologie infectieuse ou la prise de médicament,
- ▶ Eliminer une affection neurologique centrale : dans cette situation, le chirurgien ne peut pas faire grand chose, encore que...,
- ▶ Apprécier la sévérité de l'IA et son retentissement sur la vie quotidienne, familiale, sociale.
 - Est-elle totale ? : persistant même lorsque les selles sont solides
 - Est-elle permanente ou non ?

Les données de l'interrogatoire vont déterminer les éléments de prise en charge.

L'interrogatoire en outre :

- ▶ **Doit rechercher une incontinence urinaire associée**, car elle existe dans environ 90 % des cas lorsque l'incontinence fécale est totale mais la prise en charge thérapeutique est rarement concomitante :
 - La patiente a souvent été opérée et parfois plusieurs années auparavant par un gynécologue ou un urologue de leur incontinence urinaire.
 - Seulement 10 % des patients ont un traitement simultané de leur incontinence urinaire et fécale.
 - Il faut savoir que leur physiopathologie est commune par effondrement musculaire et neuropathie mais aussi que la constitution d'un fécalome qui est une cause de fausse incontinence fécale est favorisée par l'existence d'une incontinence urinaire et par le trouble physiologique qu'il entraîne.
- ▶ Préciser les antécédents obstétricaux et gynécologiques.

L'examen clinique

Il doit s'assurer de la vacuité du rectum. il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'une incontinence et non pas d'une fausse incontinence par fécalome. Lorsque l'anus est béant il laisse voir le fécalome, sinon le TR permet de constater une ampoule rectale pleine de matières.

Le fécalome

C'est une incontinence anale par rectum plein comme le dit Philippe Denis ou fausse incontinence par regorgement si l'on veut faire un parallèle à la fausse incontinence urinaire.

Le fécalome est favorisé par la constipation de transit, les troubles des facultés cognitives, et la perte de la sensibilité rectale.

Devant la situation de fécalome, il faut évacuer le rectum au besoin par manœuvre digitale et ensuite faire en sorte que le fécalome ne se reproduise pas.

- ▶ Rechercher un prolapsus rectal en décubitus latéral, membres inférieurs repliés et bascule du bassin pour favoriser le relâchement des muscles pubo-rectaux, et en exigeant une poussée abdominale. S'il existe, il faut en priorité le traiter.
- ▶ Apprécier l'état du périnée, la musculature et évaluer l'épaisseur et le tonus de l'appareil sphinctérien en particulier en avant car les ruptures obstétricales sont toujours commissurales antérieures. La rupture est évidente lorsqu'à l'examen il y a une diminution de la distance ano-vulvaire, ou une atténuation des plis radiés sur un des secteurs du sphincter. Souvent l'aspect des parties molles est conservé et s'est au toucher bidigital que l'atteinte sphinctérienne sera mise en évidence.

3.2. Les examens complémentaires

Le contexte

Peut-on faire des examens complémentaires ? Réponse : oui. !

Peut-on en tirer des informations importantes ? Cela est beaucoup plus discutable !

Les examens complémentaires

Les examens suivants peuvent être pratiqués :

- ▶ **Le temps de transit colique aux marqueurs**, pour rechercher une constipation de transit ; celle-ci pouvant en cas de prolapsus rectal constituer une contre indication à une rectopexie banale.
- ▶ **Le rectogramme va permettre de rechercher un trouble de la statique rectale** quand il n'existe pas de prolapsus extériorisé.
- ▶ **L'échographie anale est sans doute l'examen le plus important** qui donne l'image de la rupture sphinctérienne (image de defect). En fait avec un minimum d'expérience, la rupture commissurale antérieure du post-partum est reconnue cliniquement très facilement. L'image échographique de la rupture sphinctérienne est un document médico-légal absolument indispensable.
- ▶ **La manométrie ano-rectale permet de reconnaître l'hypotonie** par l'effondrement des pressions aussi bien dans la position de repos quand il y a une rupture du sphincter interne que lors d'effort volontaire.
- ▶ **L'étude du volume maximal tolérable**, c'est l'étude du volume que peut contenir l'ampoule rectale avant d'expulser. Elle permet de reconnaître :
 - Les mégarectums fonctionnels comme on le voit fréquemment dans la constipation de transit,
 - Les petits rectums intolérants où l'appareil sphinctérien est beaucoup plus souvent sollicité et dont le résultat de la réparation fonctionnelle sera plus incertain dans cette condition.
- ▶ **L'électromyogramme « EMG »** peut utiliser deux techniques :
 - La myographie classique monofibre qui donne une cartographie de l'altération du muscle strié. C'est une façon de quantifier l'altération du muscle strié dont l'intérêt n'est pas considérable.
 - La mesure du temps de latence distal du nerf pudendal (nerf honteux interne) technique qui relève encore de la recherche clinique. Ses résultats sont relativement incertains et leur interprétation discutée.
 - Au cours d'une défécation traumatique ou bien lors d'un accouchement, le plancher pelvien est distendu par un effort de poussée brutale et avec lui le nerf pudendal dans son segment distal. En effet, le nerf honteux interne vient des racines sacrées et rentre dans le pelvis en contournant la grande échancrure sciatique ; il est bloqué à ce niveau par l'aponévrose qui recouvre le muscle et il ne peut se distendre que dans sa courte portion distale, lors de la distension musculaire.
 - Par cet examen, ce qui est mesuré ce sont les anomalies qui peuvent survenir sur cette portion distale du nerf et ainsi l'atteinte nerveuse peut être quantifiée.

Au total

Aucun des examens complémentaires ne va modifier le geste réparateur d'une rupture sphinctérienne (confirmée par l'échographie endo-anale).

Il n'a pas été démontré que ces examens avaient un intérêt pronostique de la réparation de la rupture sphinctérienne. Ils sont donc d'un intérêt limité et à discuter cas par cas :

- ▶ En cas d'inefficacité des moyens médicaux devant les incontinences anales invalidantes,
- ▶ Selon les antécédents, la tension, l'état général, l'espérance de vie,
- ▶ Et seulement si une solution chirurgicale peut être valablement envisagée.

4. La prise en charge en fonction du mécanisme

4.1. L'IA traumatique par rupture sphinctérienne

4.1.1. Trois tableaux d'IA

Ils peuvent être décrits en fonction du traumatisme :

- ▶ Les ruptures lors d'accidents de la voie publique sont exceptionnelles : 3 cas sur 120 patients.
- ▶ L'incontinence par malfaçon chirurgicale, c'est à dire rupture du sphincter externe par le chirurgien ou par l'élastique d'un drainage en setton,
- ▶ Les ruptures postpartum qui constituent la très grande majorité des ruptures traumatiques.

4.1.2. Le diagnostic d'IA

Il est essentiellement clinique, la confirmation par écho-endoanale est indispensable.

4.1.3. Le traitement

Il est simple : si la rupture entraîne une incontinence, il faut la réparer.

4.1.4. Les ruptures sphinctériennes obstétricales

Le contexte

- ▶ Elles peuvent intéresser soit le sphincter interne, soit le sphincter externe, soit les deux.
- ▶ L'incontinence anale précoce est très rare,
- ▶ Il s'agit d'une rupture commissurale antérieure,
- ▶ Elle est longtemps compensée par le jeu normal des muscles du plancher pelvien ;
 - Le chirurgien est amené à prendre en charge les incontinenances qui se démasquent jusqu'à 20 ans après le traumatisme obstétrical, au moment de la ménopause par exemple
 - Ce sont en fait des IA multifactorielles où la rupture sphinctérienne est associée aux conséquences de la neuropathie d'étirement liée au traumatisme obstétrical et pratiquement toujours à la constipation terminale et où la rupture favorise la décompensation sélective elle-même aggravée par les troubles liés à l'âge.
- ▶ La reconstitution anatomique est toujours indiquée quand l'incontinence est totale et permanente, quel que soit l'âge et quelle que soit l'ancienneté de la rupture.

L'angle ano-rectal

Il représente le cap anal des anatomistes. Il mesure au repos environ 90°. Il est la conséquence de l'attraction vers l'avant de l'intestin terminal par le muscle pubo-rectal qui est le faisceau le plus interne des releveurs du plancher pelvien.

Le muscle pubo-rectal cravate par en arrière l'intestin terminal, l'angule et réalise une sorte de valve puisque toute hyperpression abdominale va plaquer la paroi antérieure de l'ampoule sur l'orifice interne du canal anal et l'obture.

Cette valve a une efficacité telle, que l'on peut être parfaitement continent avec une rupture sphinctérienne tant que l'on a des muscles qui fonctionnent normalement.

C'est pour cela que les ruptures sphinctériennes de la femme jeune du post-partum n'entraîne qu'exceptionnellement une traduction fonctionnelle tant que la femme a de bons muscles. La rupture sphinctérienne est habituellement compensée.

La verticalisation de l'intestin terminal (effacement du cap anal) liée aux phénomènes de sénescence supprime l'effet de valve : le sphincter est alors beaucoup plus directement sollicité pour le maintien de la continence. Ainsi s'explique la décompensation secondaire, parfois très tardive des ruptures sphinctériennes obstétricales.

Le taux de rupture sphinctérienne

Après le premier accouchement, il est de 20% (statistique de Bichat provenant d'un excellent service d'obstétrique). Ce chiffre est relativement inférieur à celui publié par les anglais (30%).

Toutefois seulement 1% de femmes se plaignent au décours de l'accouchement de trouble de la continence (avant toute rééducation). Cette discordance entre la fréquence des ruptures et la rareté des troubles de la continence précoce s'explique par l'anatomie. La sangle pubo-rectale reste efficace chez la femme jeune. La décompensation n'apparaîtra qu'ultérieurement quand les autres facteurs viendront s'associer à la rupture.

La rééducation

Elle n'apporte aucun bénéfice lorsque l'incontinence anale est totale. Elle peut être utile et redonner le confort quand l'incontinence est modérée.

Il y a dans toutes les séries un petit pourcentage d'échec (10 %), ce qui a fait rechercher les éléments de pronostic. Actuellement trois sont à l'étude :

- ▶ l'âge,
- ▶ l'importance du défaut,
- ▶ la neuro-myopathie.

Mais aucun de ces éléments ne peuvent servir de critères pour modifier la prise en charge. L'élément le plus important du pronostic reste la qualité de la réparation anatomique contrôlée par l'échographie endo-anale.

L'intervention

Elle peut se faire sous anesthésie loco-régionale rachianesthésie, péridurale mais pour le chirurgien et le patient l'anesthésie générale est plus confortable.

L'incision arciforme est centrée sur la rupture (en général antérieure). On ne commence pas la dissection par la ligne médiane mais latéralement et l'on va dans le plan intersphinctérien entre le sphincter interne qui est blanchâtre et le reliquat du sphincter externe, pour passer dans une zone avasculaire et en revenant vers la ligne médiane en préservant parfaitement le canal muqueux et la musculature du bas rectum.

La dissection faite, on répare si besoin le sphincter interne puis le sphincter externe. La fermeture du plan cutané est souvent un temps difficile car l'incision arciforme antérieure a tendance à se verticaliser et le rapprochement cutané se fait souvent sous tension. Ceci entraîne parfois un séjour hospitalier un peu long en raison des soins que nécessite l'impossibilité de la fermeture cutanée.

Cette intervention peut se faire sous couvert d'une colostomie de dérivation, mais celle-ci n'est pas systématique et l'avantage statistique n'a pu être mis en évidence. Dans des cas particuliers la stomie de dérivation doit être envisagée (réintervention avec présence de tissu fibreux, maladie de Crohn,...) ou quand une suture de la muqueuse a dû être faite.

Les résultats de ces réparations vont de 70 à 95 % de bons résultats avec une continence correcte. Pour juger du résultat des séries rapportées, il faut s'intéresser au score de continence et au recul post-opératoire :

Le score de continence.

Il y a de nombreux scores de continence plus ou moins complexes. Le Pr. Gallot est resté fidèle à un score simple qui comprend 4 stades :

Stade	Morbidité %
A	Continence normale
B	Incontinence aux gaz
C	Incontinence aux selles liquides
D	Incontinence totale

Les stades A et B sont considérés compatibles avec une vie normale.

Les stades C et D incompatibles avec une vie normale rentrent dans le cadre des incontinenances graves.

Si on a ce résultat au décours d'une intervention, c'est un échec.

Le recul post-opératoire.

Dans l'étude du Pr. Gallot il y a une dégradation des résultats avec le temps. Pour 60 opérés avec un recul de 7 1/2 ans on a :

- ▶ 80% de bons résultats à 1 an
- ▶ 70% au terme de l'étude.

Cette dégradation semble provenir du fait que les patientes opérées ont au moment de l'intervention une neuro-myopathie qui va continuer à évoluer après l'intervention. Dans cette hypothèse il semble, bien qu'on ne puisse l'affirmer avec certitude, que les ruptures obstétricales ont une détérioration plus importante.

4.1.5. Quelques cas particuliers

Lorsqu'une suppuration persiste

Il faut mettre à plat (ce peut être une intervention de type Musset).

Les ruptures latérales

Elles peuvent être d'origine post-traumatiques vraies ou post-chirurgicales.

Elles sont en principe immédiatement invalidantes, à la différence des ruptures commissurales. Le principe de la réparation est le même et leur pronostic est le même (le siège et l'absence de neuro-myopathie n'influent pas sur le pronostic).

Les ruptures isolées du sphincter interne

Elles donnent des incontinences aux gaz qui sont parfois gênantes, et sont exceptionnellement une indication à la chirurgie.

La maladie de Crohn et les lésions radiques

Ce que l'on peut réparer dans la maladie de Crohn ce sont les malfaçons chirurgicales, c'est à dire les ruptures sphinctériennes faites par un chirurgien lors d'un traitement d'un abcès ou fistule anale ; mais on ne peut jamais réparer les ulcérations térébrantes crohniennes qui détruisent le sphincter. Il en est de même pour les lésions radiques.

4.2. Les Incontinences traumatiques sensibles

4.2.1. Le contexte

Les incontinences traumatiques sensibles sont dues à une disparition de la muqueuse sensible. Ici tous les mécanismes moteurs de la continence (la contraction du sphincter interne, la relaxation du réflexe anal inhibiteur, la contraction réflexe du sphincter externe) existent mais ne peuvent être mis en jeu par la perte de la sensibilité anale muqueuse.

De telles incontinences sont très rares et la cause la moins exceptionnelle est la « nécrose des ponts muqueux », survenant surtout après traitement radical des hémorroïdes enlevant la totalité de la circonférence du canal anal. Normalement il faut laisser au moins 3 ponts de muqueuse sensible pour qu'il y ait un mécanisme de continence normale.

4.2.2. Le traitement

Cette incontinence traumatique sensible se traite en recréant un canal sensible avec la peau de la marge anale :

- ▶ incision circonférentielle à 3 cm de l'orifice anal jusqu'à l'aponévrose superficielle
- ▶ attraction spontanée vers le haut de cette bande cutanée circonférentielle par les fibres profondes de l'appareil sphinctérien au cours même de l'intervention.

4.3. Les incontinences liées à une détérioration fonctionnelle

Cette pathologie est essentiellement celle du sujet âgé. Sa prévalence n'est pas encore bien étudiée.

Quand on reconnaît l'incontinence, il faut éliminer :

- le diagnostic de fécalome,
- le prolapsus total du rectum.

4.3.1. Les incontinences fonctionnelles associées à un prolapsus total du rectum

Le contexte

40 à 80 % des prolapsus totaux du rectum s'accompagnent d'une incontinence anale. Les mécanismes sont divers :

- ▶ La distension progressive, répétée de l'appareil sphinctérien par le boudin du prolapsus ;
- ▶ Les anomalies du réflexe recto-inhibiteur. La contraction du sphincter externe se fait après perception de l'arrivée du bol fécal et fermeture du sphincter anal. Quand le boudin du prolapsus est en permanence dans le canal anal, le réflexe ne se fait pas et il n'y a pas de contraction du sphincter d'où perte de la continence.

A-t-on besoin d'examens complémentaires ?

Quand le diagnostic d'IA fonctionnelle associée à un prolapsus rectal est posé, aucun examen complémentaire n'est utile si ce n'est ceux que l'anesthésiste demandera.

Le traitement

C'est celui du prolapsus. Deux grandes catégories de traitement :

- ▶ **La rectopexie, intervention par voie haute** sous anesthésie générale consistant à fixer avec deux bandelettes le rectum sur le promontoire. La rectopexie est l'intervention la plus efficace pour éviter la récurrence de prolapsus (< à 4 %). La constipation post-opératoire après rectopexie est fréquente, de mécanisme complexe et il faut distinguer :
 - L'aggravation d'une constipation de transit préexistante,
 - Une constipation apparue après l'intervention. A son origine il s'agit :
 - Le plus souvent d'une constipation terminale (dyschésie) soit par « anisme » qui était masquée avant l'intervention par le prolapsus
 - Plus rarement, une malformation chirurgicale (sténose rectale par hématome, excès de tension des bandelettes). Actuellement on insiste surtout sur le « clapet » obstructif que peut réaliser la bascule d'un long sigmoïde après reposition rectale – d'où les associations thérapeutiques « résection-rectopexie » ; d'autre part sur la possible blessure de l'innervation rectale et aussi sigmoïdienne
- ▶ **L'intervention de Delorme, par voie basse** avec recours possible à une rachianesthésie, consiste en une plicature de la musculature rectale après dissection de la muqueuse du prolapsus extériorisé. Cette plicature réduit le prolapsus. Elle a pour inconvénient d'entraîner un taux de récurrence plus important et surtout de beaucoup moins bien contrôler l'incontinence. Elle doit être réservée aux patients chez qui la rectopexie n'est pas possible.
- ▶ **L'intervention d'Altemeier :** résection du prolapsus extériorisé par voie basse, peut aussi être indiquée chez un sujet très âgé, pour le traitement d'un volumineux prolapsus

L'espérance de vie, et le contexte général vont servir de guide pour le choix de l'intervention.

4.3.2. Les incontinences fonctionnelles ne s'accompagnant pas de prolapsus

Contexte

Il faut éliminer d'abord une rupture sphinctérienne méconnue par une échographie endo-anale. Si elle existe, on revient au cas précédent. Sinon, on rentre dans le cadre de l'Incontinence anale idiopathique des **femmes âgées, actuellement dénommée « incontinence neurogène »**.

Ce sont des femmes qui ont un plancher périnéal effondré, et une neuro-myopathie, mais sans rupture sphinctérienne ni prolapsus rectal. L'effondrement du plancher musculaire pelvien a abouti à une verticalisation de l'intestin terminal avec disparition du cap anal.

Comment traiter cette incontinence neurogène ?

Pendant une période il a été proposé une myoraphie rétroanale, dite opération de Parks, consistant à refaire un angle ano-rectal par suture derrière le rectum du muscle pubo-rectal. L'amélioration qui est de 80 % n'est malheureusement que de courte durée.

On a ensuite proposé l'association myoraphie pré et rétro-anale, dite « total pelvic floor repair ». La myoraphie ante-anale consiste à fermer en avant le plancher pelvien. Très bon résultat à court terme mais à 2ans seuls 51 % des patientes sont améliorées par cette intervention (publication de juillet 1999 avec contrôle systématique par écho endo-anale).

Devant les échecs secondaires des techniques précédentes, actuellement une chirurgie de substitution est en cours d'évaluation. Elle fait appel à deux techniques :

- ▶ **La graciloplastie** avec utilisation du droit interne de la cuisse dont l'extrémité inférieure est remonté et vient cravater le canal anal. Il est stimulé électroniquement sur le modèle d'un pacemaker.
- ▶ **La mise en place d'un sphincter artificiel**, sur le principe du sphincter artificiel utilisé en urologie depuis une vingtaine d'année : manchon siliconé placé autour du canal anal relié à un vase d'expansion placé derrière la symphyse pubienne et d'autre part à une pompe manipulée par le patient lui-même et placée soit dans la grande lèvre chez la femme soit dans le scrotum chez l'homme. En actionnant la pompe le patient vide la manchette et remplit le réservoir, le sphincter reste ouvert une dizaine de minutes pour permettre l'exonération, puis le manchon se remplit automatiquement passée la dizaine de minutes. Au moment de l'intervention on laisse la manchette ouverte et c'est un mois plus tard (temps de la cicatrisation) au cours d'une réhospitalisation que le réservoir sera activé.

Ces deux techniques (150 graciloplasties et 50 sphincters artificiels : ordre de grandeur des cas publiés en août 1999) sont des techniques non validées et en cours d'évaluation. Pour le moment, les résultats seraient semblables pour ces deux techniques : **60 % d'amélioration et 30 % d'échec**.

Dans le service du Pr. Gallot, le sphincter artificiel est utilisé car de technique plus simple, plus rapide et surtout immédiatement efficace. La mise au point de la stimulation de la graciloplastie est longue nécessitant des semaines de réglage. Les deux techniques ont pour le moment des résultats équivalents, vraisemblablement avec le temps elles auront chacune leur indications préférentielles encore faut-il que leur évaluation à moyen et long terme soit faite avant d'en proposer un usage plus grand.

La complication post-opératoire de cette chirurgie est l'infection. Le fécalome est la complication fonctionnelle à moyen et long terme qu'il faut systématiquement prévenir par l'emploi de régulateurs du transit et la sollicitation régulière de la défécation.

5. En conclusion

Il ne faut pas abandonner les patients incontinents.

Seule une minorité d'incontinents relève de la chirurgie. **Mais un grand nombre d'incontinents sont peut être des candidats à une colostomie**. Celle-ci, si elle est bien appareillée en bonne position, est plus confortable, mieux acceptée par son entourage surtout pour les sujets âgés dépendants qu'une incontinence totale, invalidante.

