

Prise en charge de l'incontinence fécale de l'adulte.

L'incontinence fécale se définit par la perte involontaire de selles ou de gaz. Sa prévalence augmente avec l'âge, sans prédominance homme-femme après 40 ans. Les traumatismes du périnée qui résultent d'un premier accouchement par voie basse constituent la première cause d'incontinence fécale chez la femme jeune. Selon la littérature médicale, ce symptôme affecterait près de 15% de la population adulte. Il s'agit par ailleurs d'un motif courant d'admission en institution. Une mise au point concernant les causes et la prise en charge de l'incontinence fécale a été récemment publiée dans le *British Medical Journal*.

On distingue classiquement 2 syndromes : *l'urgence fécale*, quand le patient ressent le besoin sans pouvoir contrôler la défécation et *l'incontinence passive* qui survient sans conscience du besoin.

Quelle est la physiologie de la continence ?

Le canal anal est constitué de 2 groupes de muscles : le sphincter interne passif et le sphincter externe sous contrôle volontaire. La continence nécessite l'intégrité de ces 2 sphincters, mais aussi des tissus nerveux et vasculaire attenants, ainsi que celle du plancher pelvien.

Les causes d'incontinence fécale sont souvent multifactorielles, expliquées par la physiopathologie.

- Troubles du transit : la diarrhée constitue un risque d'incontinence, qu'elle soit liée à un volume plus important de selles, ou à une consistance plus liquide, par usages de traitements à effet laxatif ou en raison d'une maladie inflammatoire de l'intestin.
- Lésion du canal anal : après accouchement par voie basse jusqu'à 6 mois postpartum, jusqu'à 30% de femmes présentent une incontinence fécale, particulièrement après usage de forceps, en situation de travail prolongé ou chez les femmes en surpoids. D'autres lésions du canal anal peuvent survenir après chirurgie sur fistule anale, fissure anale, hémorroïdectomie, cancer du rectum ou par dégénérescence non expliquée du sphincter anal.
- Maladie neurologique : la prévalence d'incontinence fécale chez les patients atteints de sclérose en plaque peut aller jusqu'à 50% selon les études. Un diabète ou des pathologies du système nerveux autonome altèrent la capacité à ressentir le besoin de défécation et entraînent une incontinence « passive ». Les patients atteints de démence par maladie neurologique dégénérative peuvent également présenter une incontinence fécale avec l'évolution de leur maladie.

- Incontinence fécale congénitale : elle touche le plus souvent les patients atteints de *spina bifida* et ceux qui ont été opérés très jeunes d'une atrésie anale ou d'une maladie de Hirschprung.

Autres causes à rechercher, le prolapsus rectal et la pathologie hémorroïdaire. D'autres incontinences fécales ne s'expliquent pas encore.

Comment prendre en charge les patients consultant pour incontinence fécale ?

La plupart des patients n'auront pas besoin d'exploration approfondie de la fonction anorectale.

Il est nécessaire d'évaluer le retentissement de l'incontinence sur la qualité de vie du patient. Celui-ci devra bénéficier d'un examen physique général, d'un examen anorectal au doigtier, à la recherche d'une des causes évoquées ci-dessus, et d'une évaluation cognitive. Sont à rechercher avant tout traitement empirique : une cause de diarrhée, un possible cancer colorectal, une lésion du sphincter anal, un prolapsus. On établira par l'interrogatoire les habitudes de défécation du patient, les antécédents médicaux, les traitements en cours ou récents, les habitudes alimentaires, et enfin le retentissement de l'incontinence.

Selon l'étiologie suspectée, on envisagera ou non des examens complémentaires : sigmoïdoscopie, proctographie de la défécation, échographie endo-anale, manométrie anorectale... Une endoscopie est nécessaire si l'on suspecte un cancer colorectal.

Quels traitements non chirurgicaux ?

On adaptera le traitement à l'étiologie suspectée, à la sévérité des symptômes et à leur retentissement sur la qualité de vie. La plupart des traitements ne guériront pas la pathologie, mais limiteront ses conséquences.

Si le réflexe gastro-colique est mis en cause, un fractionnement des repas pourra être mis en place avec efficacité. Un effet bénéfique a également été démontré avec un régime riche en fibres. Supprimer les traitements à effet laxatif devra être envisagé. Un traitement par anti-diarrhéique de type loperamide pourra également être efficace. La mise en place d'une rééducation périméale avec bio-feedback est aussi une option envisageable, mais il n'existe aujourd'hui pas de preuve scientifique de l'efficacité de cette mesure.

Quels traitements chirurgicaux ?

Peuvent s'envisager : l'injection intra-anale d'agents synthétiques destinés à renforcer le canal anal, la stimulation des nerfs sacrés, une réparation sphinctérienne, la pose d'un sphincter artificiel, ou d'un néosphincter par graciloplastie.

Quelques cas particuliers :

- En cas de déficit cognitif sévère, identifier une cause surajoutée comportementale peut être efficace. La continence peut être stimulée par des mesures d'accompagnement des soignants.
- Les patients atteints de fausse diarrhée sur fécalome bénéficieront d'une prise en charge diététique, d'un traitement laxatif adapté, et d'une évacuation rectale.
- Les patients atteints de maladie neuromusculaire pourront utiliser la stimulation anorectale manuelle, l'irrigation rectale et des laxatifs adaptés.

Sophie van Pradelles,
Hôpital Sainte Péline, Paris

