
Traitement médical de l'incontinence anale

O TOUCHAIS

Service d'Hépatogastro-Entérologie
Hôpital CHU C. NICOLLE
1 rue de Germont
ROUEN 76031

Correspondance :
Olivier.Touchais@chu-rouen.fr

Résumé

L'incontinence fécale est une infirmité fréquente retrouvée chez 2 % de la population générale en France. Le but du traitement médical est d'améliorer et si possible de supprimer les désavantages de l'incontinence fécale sur la vie personnelle, familiale, sociale, et professionnelle. Le traitement médical de l'incontinence repose sur la prise en charge des troubles du transit associés à l'incontinence. Un patient incontinent sur deux peut être amélioré par le traitement médical. **L'incontinence anale passive** définie par la perte de selles non précédée par un besoin de défécation, est souvent secondaire à une constipation. L'incontinence passive peut être amélioré par le traitement de la stase stercorale rectale et/ou colique. Le temps de transit des marqueurs coliques, et un calendrier des accidents d'incontinence sous traitement, permettent d'adapter celui-ci : laxatifs osmotiques et/ou laxatifs rectaux. **L'incontinence anale active** définie par un accident d'incontinence survenant après un besoin impérieux qui ne peut être différé est souvent associée à une diarrhée. Après avoir éliminé une étiologie organique, le recours aux ralentisseurs du transit peut être efficace. En conclusion on pourrait proposer une prise en charge de l'incontinence anale sur trois niveaux. Les troubles du transit peuvent être traités par les médecins généralistes ou gastro-entérologues (premier niveau). En cas d'échec il convient de rechercher un trouble de la statique pelvienne qui peut être traité dans des centres spécialisés (deuxième niveau). En l'absence d'efficacité du traitement médical et de troubles de la statique pelvienne il faut rechercher une incompétence sphinctérienne dont la prise en charge est réservée à quelques centres experts (troisième niveau).

Mots clés : Incontinence fécale / traitement médical / constipation / diarrhée.

Introduction

Les thérapeutiques non chirurgicales, bien que souvent insuffisamment évaluées, ont sans aucun doute une place importante dans le traitement des troubles ano-rectaux, qu'il s'agisse d'incontinence anale ou de constipation. Ainsi, parmi 287 malades consultant pour incontinence anale au centre hospitalo-universitaire de Rouen, entre 1995 et 1999, 61% ont fait l'objet, en première intention, d'un traitement médical, suivant les recommandations pour la pratique clinique [1] (44% par un traitement de troubles du transit associés au trouble de la continence, et

Abstract

Medical treatment of fecal incontinence

Fecal incontinence is an infirmity reaching 2 % of the french population. The aim of the medical treatment is to improve or remove the troubles of fecal incontinence on personal, social, family and professional life. Medical treatment of fecal incontinence consists on disparition or improvement of transit disorders associated with incontinence. One half of patients suffering of fecal incontinence may be improved by medical treatment. Passive incontinence meaning loss of stools without defecation feeling is often associated with constipation. Passive incontinence can be improved by laxative use to clean rectal and colonic impaction. The colonic transit time measurement and a spontaneous or provoked defecation, or loss of stools timetable is useful for treatment adaptation with rectal enemas and/or osmotic laxatives. Active incontinence meaning loss of stools after an urge of defecation is often associated with diarrhea. Since an organic cause of diarrhea is suppressed, the use of transit regulators is allowed. In conclusion we propose a three levels management: the transit disorders are treated by general practitioners and gastroenterologists (first level), in case of lack of transit disorders or of treatment failure, the research of pelvic floor troubles is done and treated in specialised centers (second level), and in case of lack of pelvic floor troubles the anal deficiency is investigated and the treatment is effected in a few of very specialised centers (third level).

Key words: Fecal incontinence / medical treatment, / constipation / diarrhea.

17% par une rééducation périnéale, étude non publiée). Peu d'études rapportent la fréquence des causes de difficultés d'exonération des matières. Néanmoins, les causes responsables de ces difficultés (colon irritable, anisme, hypocontractilité rectale, hypertension anale...) et accessibles à un traitement médical, sont très fréquentes [2, 3]

Le traitement médical de l'incontinence anale

L'incontinence anale grave définie comme au moins un accident d'incontinence pour les selles solides par se-

maine affecte 2 % de la population adulte en France [4]. Un trouble du transit intestinal associé à l'incontinence anale doit être systématiquement recherché et traité, avant de ré-évaluer l'incontinence et d'entreprendre éventuellement un traitement spécifique de celle-ci [1]. Le but du traitement médical est de prendre en charge les troubles du transit associés à l'incontinence anale. On distingue l'incontinence anale passive définie par la survenue d'accidents d'incontinence anale qui ne sont pas précédés d'un besoin exonérateur, et l'incontinence anale active définie comme la survenue d'un accident d'incontinence après un besoin impérieux.

L'incontinence anale passive est souvent associée à un encombrement stercoral rectal et/ou colique. La réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation et la mesure d'un temps de transit des marqueurs coliques [5], permet de choisir le type de laxatifs (osmotiques et/ou rectaux) à utiliser. Ainsi un fécalome rectal peut se compliquer d'une incontinence anale [6]. Il suffit parfois d'évacuer ce fécalome et de prévenir sa récurrence, pour obtenir une guérison de l'incontinence [7, 8]. Il faut s'efforcer d'obtenir une vacuité recto-colique comparable à celle exigée pour un examen endoscopique. Le contrôle de la vacuité colorectale doit être réalisée par une radiographie d'abdomen sans préparation. Il est possible d'utiliser différents traitements (laxatifs osmotiques, suppositoires, lavements) dont l'utilisation est le plus souvent empirique. Cependant, Chassagne et al. ont comparé deux types de prise en charge de l'incontinence anale chez des sujets âgés, institutionnalisés [9]. Deux cent six malades souffrant d'incontinence anale associée à une constipation avec évacuation rectale incomplète, ont été séparés en deux groupes. Le premier groupe était traité uniquement par des laxatifs osmotiques, le deuxième par des laxatifs osmotiques associés à des suppositoires et des lavements rectaux hebdomadaires. Il a été observé une diminution significative des accidents d'incontinence anale dans les deux groupes de malades, sans différence significative [9]. La prévention de la récurrence de l'encombrement stercoral impose de demander au patient de tenir un calendrier où sont notés quotidiennement les selles spontanées ou provoquées, et le nombre d'accidents d'incontinence pour les gaz, les liquides et les solides, et d'évaluer rapidement les résultats du traitement. La réalisation d'une radiographie d'abdomen sans préparation après quelques semaines de traitement permet de s'assurer de l'absence de reconstitution du fécalome. L'incontinence anale peut être améliorée par la mise en route de règles hygiéno-diététiques simples: alimentation riche en fibres, exclusion de certains aliments favorisant la diarrhée, hydratation suffisante, transit régulier. L'adjonction de mucilages peut être intéressante chez les malades se plaignant d'incontinence anale uniquement pour les selles liquides. Bliss et al. rapportent une réduction significative, évaluée à 50%, des accidents d'incontinence fécale pour les selles liquides ou mal formées après introduction de mucilages et, en particulier, de psyllium [10].

L'incontinence anale active est souvent associée à une

diarrhée. Il faut éliminer une cause organique de cette diarrhée (malabsorption, dysfonctionnements endocriniens...). Les ralentisseurs du transit peuvent être utilisés. L'efficacité des anti-diarrhéiques pour le traitement de l'incontinence anale a été démontrée par trois études méthodologiquement satisfaisantes. Read et al. ont effectué une étude en double aveugle, comparant le lopéramide versus placebo, chez 26 malades souffrant de diarrhée compliquée de besoins exonérateurs impérieux et d'épisodes d'incontinence fécale [11]. Ils ont ainsi montré l'efficacité de l'anti-diarrhéique mais également l'amélioration par celui-ci, de la fonction sphinctérienne. La deuxième étude comparant trois anti-diarrhéiques (lopéramide, codéine, et diphénoxilate), a conclu à la supériorité du lopéramide et de la codéine [12]. Enfin, le dernier travail avait pour objectif de comparer l'oxyde de lopéramide, le lopéramide et un placebo [13]. Le lopéramide et l'oxyde de lopéramide avaient une efficacité comparable et significativement supérieure à celle du placebo.

Conclusion

On pourrait proposer une prise en charge du traitement de l'incontinence fécale sur trois niveaux. Le traitement des troubles du transit associés à l'incontinence pourrait être pris en charge par les médecins de famille et les gastro-entérologues (niveau 1). En cas d'absence de troubles du transit ou d'échec d'un traitement médical bien conduit, le recours à un centre spécialisé dans l'étude et le traitement chirurgical des troubles de la statique pelvienne serait nécessaire (niveau 2). Enfin en cas d'absence de troubles du transit, et de troubles de la statique pelvienne, l'exploration et le traitement chirurgical éventuel des déficiences sphinctériennes dans des centres hyper-spécialisés serait souhaitable (niveau 3).

Références

1. Lehur PA, Leroi AM. Anal incontinence in adults. Guidelines for clinical practice. National French Gastroenterology Society. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24(3): 299-314.
2. Ducrotte P, Denis P, Galmiche JP, Hellot MF, Desechalliers JP, Colin R, Pasquis P, Hecketsweiler P. Anorectal motility in idiopathic constipation. Study of 200 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1985; 9(1): 10-5.
3. Surrenti E, Rath DM, Pemberton JH, Camilleri M. Audit of constipation in a tertiary referral gastroenterology practice. *Am J Gastroenterol* 1995; 90(9): 1471-5.
4. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, Leroi AM, Perrigot M, Weber J. [Prevalence of anal incontinence in adults]. *Gastroenterol Clin Biol*, 1992. 16(4): p. 344-50.
5. Bouchoucha M, Devroede G, Arhan P, Strom B, Weber J, Cugnenc PH, Denis P, Barbier JP. What is the meaning of colorectal transit time measurement? *Dis Colon Rectum* 1992; 35(8): 773-82.
6. Read NW, Abouzekry L. Why do patients with faecal impaction have faecal incontinence. *Gut* 1986; 27(3): 283-7.
7. Lowery SP, Srour JW, Whitehead WE, Schuster MM. Habit training as treatment of encopresis secondary to chronic constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1985; 4(3): 397-401.
8. Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. *Gastroenterology* 1993; 105(5): 1557-64.

9. Chassagne P, Jégo A, Gloc P, Capet C, Trivalle C, Doucet J, Denis P, Bercoff E. Does treatment of constipation improve faecal incontinence in institutionalized elderly patients? *Age Ageing* 2000; 29(2): 159-64.
10. Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, Lowry A, LeMoine M, Jensen L, Werner C, Schaffer K. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nurs Res*, 2001; 50(4): 203-13.
11. Read M, Read NW, Barber DC, Duthie HL. Effects of loperamide on anal sphincter function in patients complaining of chronic diarrhea with fecal incontinence and urgency. *Dig Dis Sci* 1982; 27(9): 807-14.
12. Palmer KR, Corbett CL, Holdsworth CD. Double-blind cross-over study comparing loperamide, codeine and diphenoxylate in the treatment of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1980; 79(6): 1272-5.
13. Sun WM, Read NW, Verlinden M. Effects of loperamide oxide on gastrointestinal transit time and anorectal function in patients with chronic diarrhoea and faecal incontinence. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32(1): 34-8.