

1- MÉTHODES

Elles peuvent être classées en trois catégories :

1- 1. Le traitement médical

* **Action sur le contenu rectal**

- en renforçant la consistance des selles par des agents constipants : codéine, lopéramide (qui par ailleurs augmente la pression de repos),
- en planifiant l'évacuation par des lavements : 500 à 1000 ml d'eau tiède quotidien ou des suppositoires : glycérine, bisacodyl ...)

* **Action sur le contenant**

- rectum : les incontinences liées à une inflammation rectale ou à un rectum irritable nécessitent un traitement médical spécifique de l'étiologie.
- anus : la possibilité d'agir directement sur le sphincter lisse de l'anus par des agents pharmacologiques est en cours d'évolution.

1 - 2. La physiothérapie

* **Rééducation ano-rectale par biofeedback**

- la rééducation a pour objectif de corriger certains des mécanismes conduisant à l'incontinence. Elle agit essentiellement sur le sphincter strié (contractions volontaire, activité réflexe) et plus accessoirement sur la sensation rectale.

- le biofeedback est une technique spéciale destinée à faciliter la rééducation en améliorant la compréhension du patient. Grâce à ce procédé, le patient en effet peut suivre ce qu'il est en train de faire sur un écran (signal visuel) ou à l'aide de signaux sonores (signal auditif). L'appareillage transforme les signaux de pression (captés au moyen d'une sonde) ou les signaux électriques (captés au moyen d'une électrode) en signaux visuels ou sonores simples plus compréhensibles pour les patients.

La technique de la rééducation ano-rectale par biofeedback la plus communément employée est celle de Denis. Elle comprend 4 pôles :

1. Le patient doit avant tout apprendre à reconnaître la sensation de besoin à un volume de distension normal et sans délai. Pour cela on pratique une distension intra-rectale à l'aide d'un ballonnet. Si la sensation rectale se fait à un volume supérieur à la normale (10-20 ml) il convient d'apprendre au patient à reconnaître la sensation pour des volumes de distension de plus en plus faible jusqu'à ce que le seuil de perception revienne à la normale.

2. Dans un second temps, il convient de récupérer un muscle suffisamment puissant, donc de pratiquer des exercices destinés à re-muscler le sphincter strié. On fait faire au patient des exercices de contraction volontaire de l'anus. On débute par des contractions faibles et brèves avec une période de repos double de la période de contraction pour que le muscle se repose. Puis, on augmente l'amplitude des contractions et en dernier lieu on augmente la durée.

3. La troisième étape consiste à synchroniser la sensation de besoin et la contraction volontaire de façon à recréer le réflexe conditionné que représente le réflexe ano-rectal contractile. Pour cela, on pratique des distensions rectales à des volumes variables et on demande au patient de contracter brièvement l'anus dès qu'il perçoit le besoin. Ceci permet en outre de corriger les problèmes liés à l'existence d'un délai entre la perception du besoin et le déclenchement de la réponse striée.

4. Enfin, on demande au patient de réaliser des contractions plus puissantes et prolongées de l'anus.

Cette technique est habituellement réalisée au cabinet d'un médecin rééducateur ou d'un kinésithérapeute spécialisé. Chaque séance dure entre 30 minutes et 2 à 3 séances par semaine sont souhaitables. Entre les séances, le patient doit réaliser des exercices identiques à domicile : 10 contractions 3 fois par jour et mise en pratique lors de la selle. Elle doit être entretenue en reconvoquant les malades tous les 3 mois après guérison.

* **Electro-stimulation**

Elle consiste à provoquer des contractions anales réflexes en réponse à un stimuli électrique provoqué. Cette technique précède en général rééducation dans 2 circonstances :

- lorsque la contraction volontaire est si faible que toute rééducation (dont la contraction volontaire est la base) est impraticable.
- lorsque le patient n'arrive pas à contracter son sphincter de façon sélective. Les résultats étant généralement longs à obtenir et inconstants, il semble que l'utilisation d'appareils simples à domicile soit une bonne solution.

1- 3. La chirurgie

* **Réparation sphinctérienne**

L'intervention consiste à aborder la zone sectionnée du sphincter par voie périnéale puis à en suturer les 2 extrémités.

La technique classique de cette suture est une suture en paletot (Parks, 1971). Néanmoins ce dogme est actuellement discuté et il semble qu'une simple suture bout à bout soit aussi efficace.

La protection de la suture par une colostomie est le plus souvent inutile et doit être réservée aux cas les plus complexes (perte de substance importante, interventions itératives en raison d'échecs chirurgicaux antérieurs).

*** "Post-anal repair"**

Cette intervention, décrite par Parks (1975) consiste à aborder les muscles du plancher pelvien en arrière de l'anus (notamment le pubo-rectal) puis à les resserrer en les suturant. Cette intervention resserre et allonge le canal anal et de façon inconstante referme l'angle ano-rectal.

*** Plastie de substitution du sphincter**

Ce sont des interventions d'exception :

- l'intervention de Pickrell consiste à disséquer le muscle droit interne de l'anus en conservant son pédicule vasculo-nerveux puis à réaliser une plastie en l'enroulant autour de l'anus selon les modalités techniques précises.
- l'intervention d'Hakelius (1975) est une greffe libre du muscle petit palmaire de l'avant-bras;

*** Rectopexie**

Elle consiste à disséquer par voie abdominale l'ampoule rectale puis à la fixer à un élément solide selon différents procédés utilisant généralement un matériel synthétique.

*** Colostomie**

La colostomie sigmoïdienne si possible terminalisée est la technique de base lorsque solution de la dérivation définitive est retenue.

2 - INDICATIONS ET RÉSULTATS

2 - 1. Sphincter traumatisé

La rééducation est de mise pour essayer de remuscler l'appareil sphinctérien strié. La guérison est obtenue dans 2/3 des cas. Si les résultats sont insuffisants à la satisfaction du patient, une réparation chirurgicale du sphincter doit être envisagée. Une rééducation post-opératoire complètera habituellement le traitement.

Les résultats sont habituellement bons sauf :

- s'il existe une dénervation associée,
- si un sepsis vient compliquer les suites opératoires,
- si la perte de substance sphinctérienne est majeure...

En cas d'échec malgré des tentatives chirurgicales itératives, une plastie de substitution du sphincter anal pourra être envisagé en dernier recours avant une colostomie.

2 - 2. Sphincter dénervé

Les traitements médicaux et physiothérapiques sont toujours de mise dans un premier temps car les résultats de la chirurgie sont plus aléatoires. La rééducation précédée éventuellement d'une stimulation électrique est indiquée. En cas d'échec, le "post-anal repair" est l'intervention de choix.

Les résultats publiés concernant les malades opérés par Parks, indiquent qu'une continence parfaite peut être obtenue dans 75 % des cas (Browning, 1984). Les échecs sont essentiellement dus à une dénervation majeure pré-opératoire. Dans ces cas une colostomie est souvent le meilleur traitement.

2 - 3. Anomalies du sphincter interne

Les relaxations spontanées transitoires de l'anus ou les atonies du sphincter interne seraient probablement des bonnes indications d'utilisation des agents pharmacologiques mais leur efficacité reste à évaluer.

2 - 4. Incontinence d'origine rectale

Les incontinences liées à une inflammation rectale ou à un rectum irritable nécessitent un traitement médical spécifique de l'étiologie.

L'encoprésie de l'enfant nécessite une évacuation du fécalome suivie de la prescription de laxatifs. Le trouble de la défécation initial relève d'un traitement à visée psychiatrique et/ou d'une rééducation ano-rectale.

Les fécalomes du sujet âgé relèvent d'une évacuation suivie de la prescription de laxatifs et si l'état du sujet le permet d'une tentative de rééducation ano-rectale.

L'incontinence associée à un prolapsus rectal (extériorisé ou pas) relève de la cure du prolapsus dans un premier temps car l'incontinence disparaît dans plus de la moitié des cas. Si elle persiste malgré la cure du prolapsus, il semble que le "post-anal repair" soit indiqué.

PRÉVENTION

La prévention peut s'envisager à deux niveaux :

1 - Pour le colo-proctologue

- pour respecter l'appareil sphinctérien au cours des interventions proctologiques courantes : hémorroïdectomies, cure des fissures anales...

- éviter de mettre à plat des fistules intéressant une portion importante du sphincter,
- reconnaître les sphincters partiellement dénervés qui peuvent devenir insuffisants après le moindre geste sur l'anus (même correctement pratiqué),
- traiter les constipations terminales responsables d'efforts chroniques de poussée pour déféquer.

1 - Pour l'obstétricien

- éviter les épisiotomies médianes
- réparer immédiatement les lacérations sphinctériennes
- préserver les nerfs périnéaux en pratiquant des épisiotomies et césariennes précoces en cas d'accouchements difficiles.
- prescrire une rééducation périnéale systématique du post-partum

CONCLUSION

Les mécanismes de l'incontinence anale sont actuellement de mieux en mieux connus permettant dans la plupart des cas un traitement efficace. Les patients ne doivent plus être abandonnés à leur sort comme cela a longtemps été le cas.

Réf : III e congrès national du groupe de recherche en rééducation d'uro-gynécologie et pathologie digestive terminale (1990)