

# Incontinence fécale : causes, diagnostic et traitement

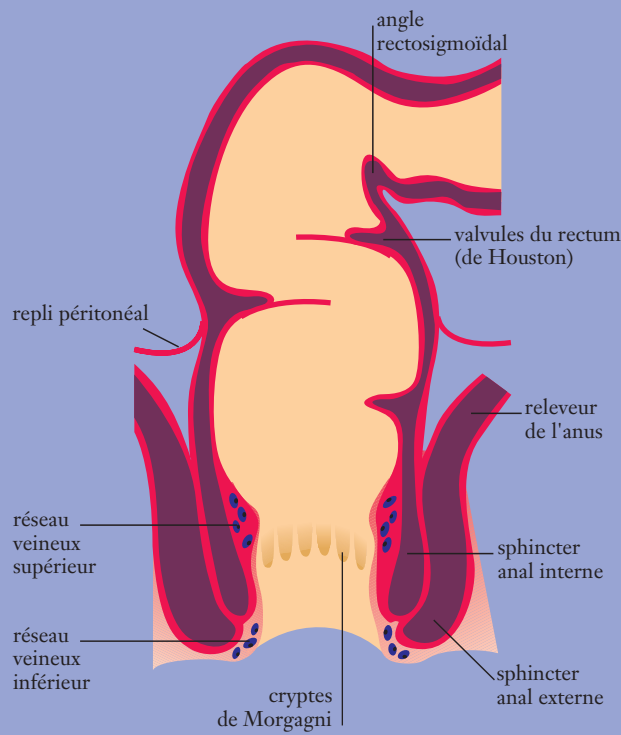
Le développement de l'incontinence fécale fait souvent partie du destin. Il peut être lié à une prédisposition génétique, à différentes maladies ou, tout simplement, à la physiologie du vieillissement. De même que pour l'incontinence urinaire, beaucoup de malades concernés pourraient être aidés grâce au diagnostic et au traitement modernes. Il est ainsi de rigueur d'inciter les malades à se faire traiter, de surmonter les tabous et de les libérer d'une peur fréquente et exagérée à l'égard de mesures thérapeutiques.

L'incontinence fécale signifie la perte, plus ou moins prononcée, du contrôle volontaire de l'évacuation des selles. Dans un sens plus large, ceci comprend l'aptitude individuelle à distinguer les gaz des matières et à les évacuer au moment et dans un lieu choisis. Puisque la structure de l'organe de continence est extraordinairement complexe et que l'aptitude de continence représente un achèvement extrêmement subtil, il n'est guère surprenant que les mécanismes de contrôle de l'intestin et de l'évacuation des selles puissent être atteints par de multiples troubles qui, finalement, mènent à l'incontinence.

## Le maintien de la continence

Le maintien de la continence, qui ne peut qu'être esquissé ici, est assuré par des unités fonctionnelles mutuellement adaptées. Deux sphincters, l'un interne, l'autre externe, assurent l'occlusion du canal anal. Lorsque le contenu de l'intestin arrive dans le rectum, ce dernier se dilate en fonction du degré de remplissage. L'augmentation de la tension de la paroi qui en résulte est communiquée, par des fibres nerveuses de la moelle épinière (centre ano-spinal), au sphincter interne qui va alors se relâcher. Le sphincter externe se contracte et, simultanément, le « besoin d'aller à la selle » se fait sentir par la transmission, également par la moelle épinière, à des centres supérieurs au niveau du cerveau. Dans le cas où le moment et le lieu sont appropriés, une décision con-

## Représentation schématique de l'anatomie de l'anus et du rectum



cernant l'évacuation des selles peut alors être prise. Le sphincter externe se relâche et la défécation se produit, mettant en jeu également la pression des muscles de la paroi abdominale. L'enfant doit apprendre le contrôle de l'évacuation des selles, ainsi que celui des urines, et y être entraîné dès le premier âge.

## Etiologie de l'incontinence

Le degré de difficulté de retenir les selles va du « soiling » (légers souilllements occasionnels), jusqu'à l'incontinence (pour des selles solides) proprement dite,

en passant par l'incapacité (de retenir des selles liquides). Le degré de sévérité est le plus fréquemment déterminé comme suit :

- flatuosité – incontrôlable,
- selles liquides – non retenues,
- selles solides – incontrôlables.

Les troubles suivants peuvent entraîner l'incontinence :

■ **Troubles psycho-organiques** : Ils représentent une véritable « croix diagnostique ». Etablir la certitude de la présence de continence est alors impossible, puisque personne ne peut être empêché de se souiller volontairement. Une diminution du maintien de la continence est normale dans la vieillesse : on parle d'involution sénile.

■ **Troubles de la consistance des selles** : Une diarrhée associée à un besoin impératif d'aller à la selle est un trouble de la continence compréhensible. En présence de constipation, des manifestations d'incontinence se produisent également par l'irritation des récepteurs de distension, la distension du rectum, etc. Nous rencontrons fréquemment l'incontinence fécale par regorgement chez des personnes grabataires.

■ **Perte de la capacité rectale** : Le besoin d'aller à la selle se produit normalement lors d'un contenu rectal de 50 ml ; 120 ml sont ressentis comme inexorablement douloureux et l'évacuation des selles devient impérative à partir de 150 ml. Il va sans dire que des manifestations d'incontinence se produisent à la suite d'opérations qui entraînent une diminution de la capacité rectale.

■ **Lésions de l'appareil musculaire sphinctérien :** Elles sont dues à des accidents ou à des opérations et peuvent aussi être neurologiquement induites par la descente du plancher pelvien, ou périnée, ou par d'autres formes de prolapsus (interne ou externe).

■ **Perte du mécanisme valvulaire :** Cette situation se produit lors d'une lésion de l'anse pubo-rectale et du changement de l'angle ano-rectal qui en résulte (descente du plancher pelvien).

■ **Lésions neurogènes et sensorielles :** Elles résultent de troubles centraux du SNC, de lésions paraplégiques et de troubles périphériques traumatiques (accident, opération).

### Diagnostic de l'incontinence

Les mesures comprennent une anamnèse approfondie ainsi qu'un diagnostic clinique et des examens complémentaires progressifs.

Le début des troubles, ainsi que la fréquence des selles, leur texture et caractéristiques (gaz, mucus) et leur quantité sont clarifiés lors de l'anamnèse. Les circonstances sont également à prendre en compte : parfois dans la nuit, lorsque le patient tousse ou éternue ; gaz et matières, peuvent-ils être distingués ? Des maladies systémiques présentes et des traitements ou des opérations antérieures sont aussi généralement découverts par l'anamnèse ; d'autres mesures diagnostiques sont, le cas échéant, nécessaires. Des névropathies périphériques et autonomes sont connues dans le diabète, comme le sont certains troubles dans la sclérodémie, le côlon irritable et la maladie de Hirschsprung.

L'examen clinique est certainement la mesure diagnostique la plus profitable. Aucun instrument ne pourrait remplacer l'œil et le doigt palpant. L'examen digital du rectum porte sur la marge sensible de l'anus, le réflexe cutané-musculaire, le tonus au repos, la contraction volontaire et décèlera aussi un anus béant, une rectocèle, une urétérocèle, ainsi qu'une descente périnéale ou un prolapsus rectal éventuels. En outre, il faudra noter la présence de cicatrices, d'eczéma, de tumeurs, de fistules ou de fissures anales.

Les examens complémentaires tels que la proctoscopie, la rectoscopie, la radiographie, la défécographie, etc. apporteront des résultats plus approfondis, mais l'appel aux techniques extensives ne devrait se faire que de manière sélective.

### Traitement de l'incontinence

Le traitement conservateur est le point de départ indispensable de toute thérapie. Naturellement, une maladie systémique doit d'abord, si nécessaire, être traitée. Une régulation adaptée des habitudes de défécation, avec l'instruction d'aller à la selle de manière appropriée à l'état physique, est souvent le pivot du succès ou, pour le moins, d'une réduction marquée des problèmes que pose l'incontinence. Les médicaments n'éliminent pas l'incontinence, mais ils sont souvent indispensables en tant qu'adjuvants. Les plus importants sont ici les épaississants de selles (éviter les laxatifs). Si besoin est, l'application temporaire de lavements évacuateurs et de préparations à application locale peuvent aider.

La physiothérapie qui, de manière justifiée, jouit d'une place de plus en plus importante, nécessite la présence d'un minimum de muscles sphinctériens intacts et fonctionnels de manière continue. Mais obtenir les bons résultats de la gymnastique périnéale, de la stimulation endo-anales et du bio-feedback demande aussi une indication précise et suffisamment de persévérance de la part du patient et du thérapeute. Par exemple, une stimulation endo-anales passive avec des impulsions électriques à basse fréquence nécessite 20 applications en deux ou trois séries pendant trois à six mois. Deux séances par semaine, pendant deux mois, sont recommandées pour la méthode active de gymnastique du plancher pelvien et pour l'entraînement par « bio-feedback ».

Les traitements chirurgicaux comprennent la réparation de maux proctologiques, comme les hémorroïdes, les fistules, les fissures et les tumeurs. Les reconstructions sphinctériennes à la suite de dommages iatrogènes ou dûs aux accouchements sont le plus souvent difficiles. La sphinctéroplastie (*sphincter repair*) selon la procédure de Parks a le meilleur taux de succès, 85 - 90%. Les transplantations et la myorrhaphie rétro-anales (*post anal repair*) sont les plus difficiles à réussir.

Il faut souligner ici que la pose d'un anus artificiel ne représente pas une capitulation thérapeutique, puisque, correctement placé et pratiqué, un anus artificiel se maintient mieux qu'un anus naturel qui ne fonctionne pas. De plus, il est important de prendre conscience que la médecine est dorénavant à même de traiter efficacement des patients même très âgés

Ce qui doit attirer votre attention :

### Des symptômes qui nécessitent un examen médical

- Des symptômes, nouveaux ou qui s'aggravent, de maladies autres (internes, métaboliques, neurologiques)
- Des symptômes relatifs aux selles : Rétention (à ne pas remédier par lavement), changements de consistance, présence d'éléments pathologiques (sang, davantage de mucus)
- Des prolapsus (anal, intestinal, tumeur)
- Des douleurs

et présentant des maladies autres, car beaucoup de mesures diagnostiques et thérapeutiques sont devenues moins traumatisantes ; par ailleurs, les opérations au niveau de l'organe de continence sont effectuées, en général, sous anesthésie locale, beaucoup mieux tolérée.

### Conclusion

Nos patients sont, en moyenne statistique, de plus en plus âgés et nécessitent donc plus de « réparations ». Chez un patient de 40 ans, un traitement maximum avec un temps de convalescence de six mois est acceptable, tandis que ce ne serait probablement pas le cas chez un octogénaire. Il ne faut pas oublier que l'incontinence, bien qu'embarrassante, n'est pas un trouble dangereux pour la santé. Un degré d'incontinence qui ne peut plus être amélioré par une thérapie active nécessite, le plus souvent, des efforts de soins importants. Ces efforts ne doivent néanmoins pas être considérés comme une capitulation face à la maladie, mais comme un traitement par des moyens différents, comme dans le cas du diabète qui, non plus, ne peut être guéri, mais traité. □

L'auteur : Dr. Günter Staude, chirurgien, Directeur remplaçant du Centre Proctologique de Mannheim (Directeur : Dr. Jens J. Kirsch), membre qualifié (approuvé) de l'Association des colo-proctologues de l'Allemagne (Association enregistrée).