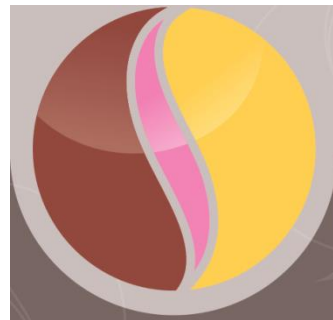


L'INCONTINENCE ANALE

AM Leroi

Service de Physiologie Digestive

CENTRE EXPERT DE PELVI-PERINEOLOGIE



(Journées Havraises, Janvier 2018)



**Est-ce que l'incontinence anale
est fréquente et chez qui ?**

Incontinence fécale: prévalence

	Population générale (n=1100)	Médecins gastro et généralistes (n=3.914)	IU (n=500)	Patients neurologiques (n=1.136)	Personnes âgées (n=10.157)
IA	11%	15.5%	27%	18%	
GAZ	5%	7.6%	17%	2.5%	
SL et/ou SS	6%	7.9%	9%	15.7%	33%
SL		6%	8%	4.7%	
SS		1.9%	1%	11%	

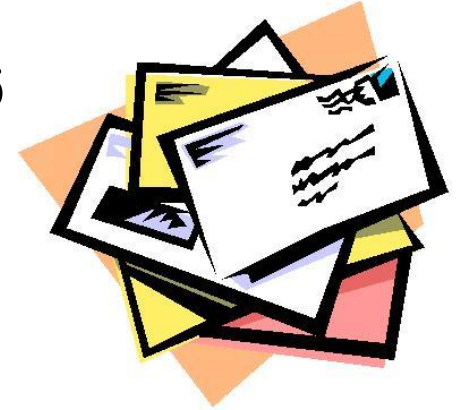
• Les patients se plaignant d'incontinence pour les selles liquides et/ou solides quotidienne ou hebdomadaire représenteraient 2% de la population générale, 3.2% des patients consultant leur généraliste

(Denis, Gastroenterol Clin Biol 1992)

Incontinence fécale: prévalence

N= enquête à partir d'un échantillon de la population Rhône-Alpes de 2800 individus (706 réponses soit 31%).

Définition de IA = score de Jorge et Wexner > 5

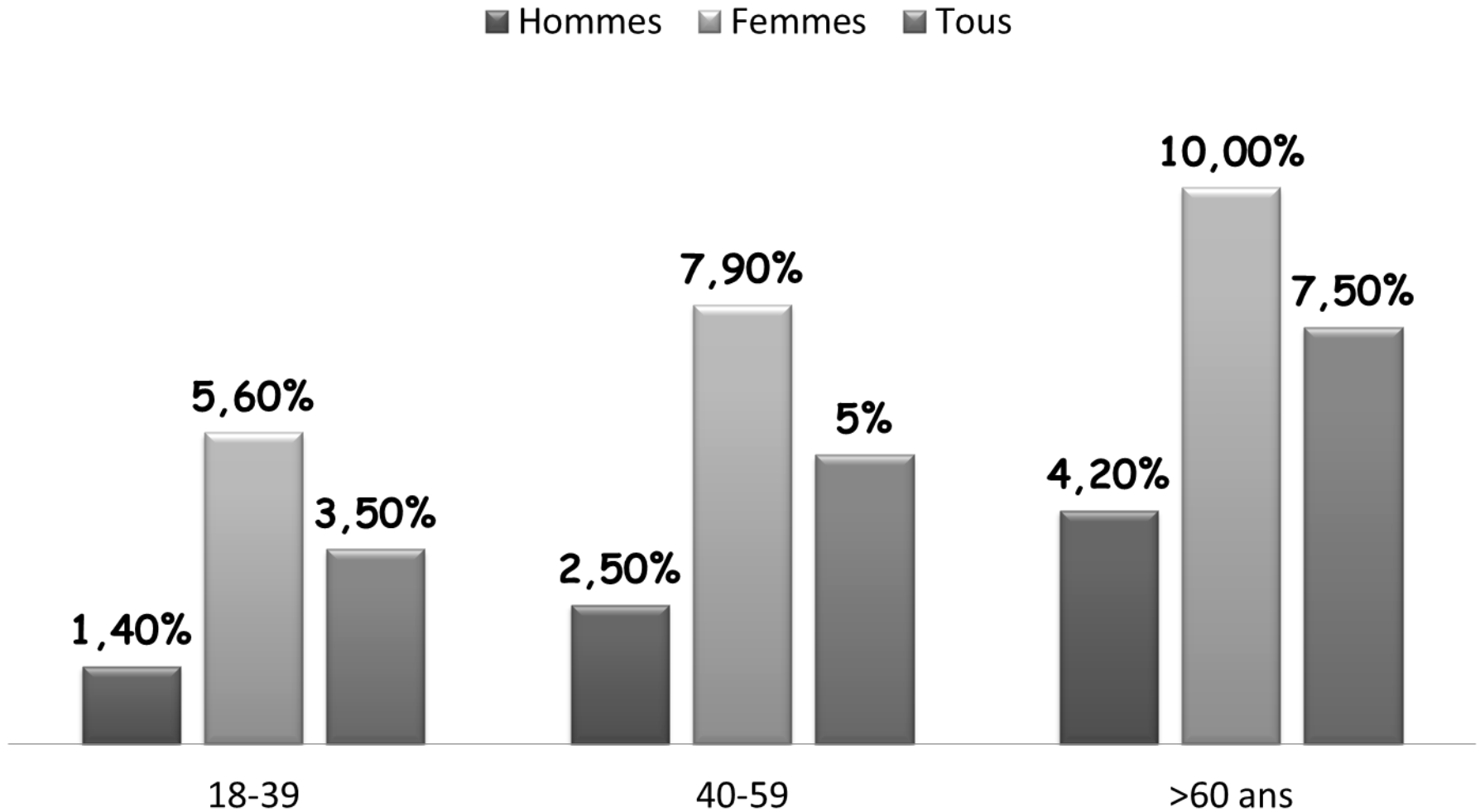


Type IF	Jamais	<1/mois	<1/semaine	<1/jour	≥ 1 /jour
Solide	0	1	2	3	4
Liquide	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Protection	0	1	2	3	4
Altération QOL	0	1	2	3	4

Prévalence de IF = 5,1%

(Damon et al, Gastroenterol Clin Biol 2006)

Incontinence fécale: prévalence en fonction de l'âge et du sexe



(Damon, Gastroenterol Clin Biol 2006)

Incontinence fécale: prévalence dans différentes populations

	Population générale (n=1100)	Médecins gastro et généralistes (n=3.914)	IU (n=500)	Patients neurologiques (n=1.136)	Personnes âgées (n=10.157)
IA	11%	15.5%	27%	18%	
GAZ	5%	7.6%	17%	2.5%	
SL et/ou SS	6%	7.9%	9%	15.7%	33%
SL		6%	8%	4.7%	
SS		1.9%	1%	11%	

(Denis, Gastroenterol Clin Biol 1992)

Incontinence fécale: prévalence dans différentes populations

	Population générale (n=1100)	Médecins gastro et généralistes (n=3.914)	IU (n=500)	Patients neurologiques (n=1.136)	Personnes âgées (n=10.157)
IA	11%	15.5%	27%	18%	
GAZ	5%	7.6%	17%	2.5%	
SL et/ou SS	6%	7.9%	9%	15.7%	33%
SL		6%	8%	4.7%	
SS		1.9%	1%	11%	

(Denis, Gastroenterol Clin Biol 1992)

Incontinence fécale: facteurs de risque associés

Enquête réalisée chez 2109 patientes de plus de 40 ans

Table 4

Multivariate Analysis of Factors Independently Associated With Fecal Incontinence in the Past 12 Months

Odds Ratio	Stratum	Odds Ratio	95% CI	P Value
Age (per 5 yr)		1.1	1–1.2	0.15
Race (vs. white)	African–American	0.9	0.7–1.3	0.03
	Asian	1.2	0.9–1.6	
	Latina	0.6	0.4–0.9	
	Native American	1.2	0.5–3	
Body mass index (kg/m ² , per 5 units)		1.2	1.1–1.3	0.001
Diabetes		1.4	1–2.1	0.07
Chronic obstructive pulmonary disease		1.9	1.3–2.9	0.002
Irritable bowel syndrome		2.4	1.7–3.4	<0.001
Parity (vs. none)	C-section	1	0.5–1.7	0.22
	At least one vaginal birth	1.3	0.9–1.7	
Postmenopausal		1.4	1–2	0.05
Current estrogen use		1.3	1–1.7	0.05
Urinary incontinence		2.1	1.7–2.6	<0.001
Pelvic organ prolapse surgery		1.4	0.9–2	0.12
Hysterectomy		0.7	0.6–1	0.05
Colectomy		1.9	1.1–3.1	0.02
Cholecystectomy		1.4	1–1.9	0.07

(Varma, Dis Colon Rectum 2006)

Incontinence fécale: facteurs de risque associés

Pensez à poser la question d'une incontinence fécale quand:

- **Incontinence urinaire;**
- **Personnes âgées (en institution);**
- **Diarrhée chronique;**
- **Patients neurologiques**

Incontinence fécale: prévalence

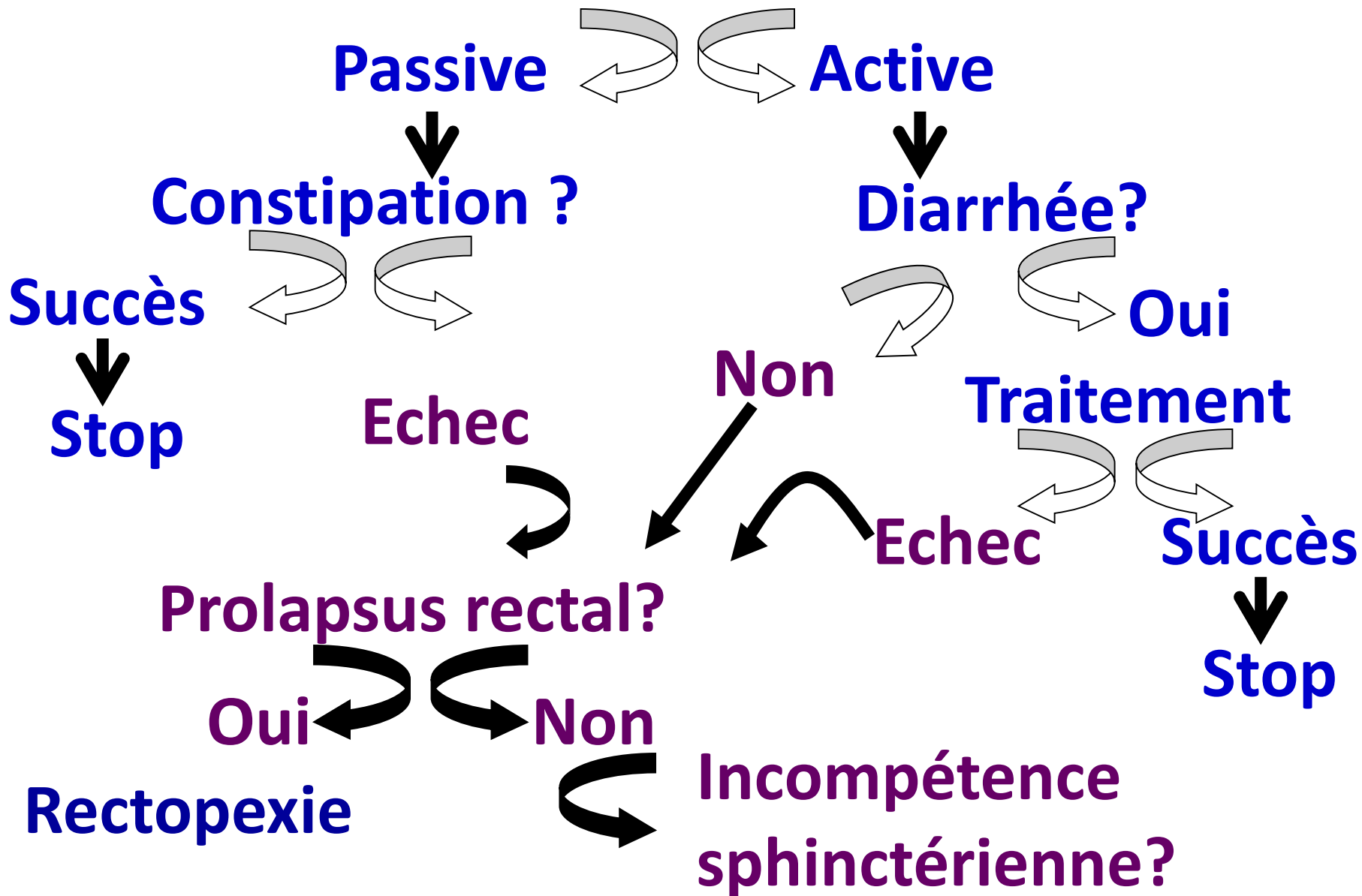
• 4 patients sur 606 se déclarant incontinents avaient consulté leur médecin généraliste ou gastro-entérologue en raison de ce symptôme et cela bien qu'un quart d'entre eux soient gênés par ce symptôme dans leur vie quotidienne

(Denis, *Gastroenterol Clin Biol* 1992)



Quelle prise en charge initier ?

INCONTINENCE ANALE *



(Lehur, Gastroenterol Clin Biol 2000)

Incontinence fécale: existe-t-il un trouble du transit ?

**INCONTINENCE PASSIVE = FUITE ANALE SANS PERCEPTION DU
BESOIN EXONERATEUR PREALABLE**

**CONSTIPATION – DIFFICULTES RECTUM
RECTUM PLEIN**








**INCONTINENCE ACTIVE = FUITE ANALE PRECEDE DU BESOIN
EXONERATEUR PREALABLE**

**DIARRHEE
RECTUM VIDE**

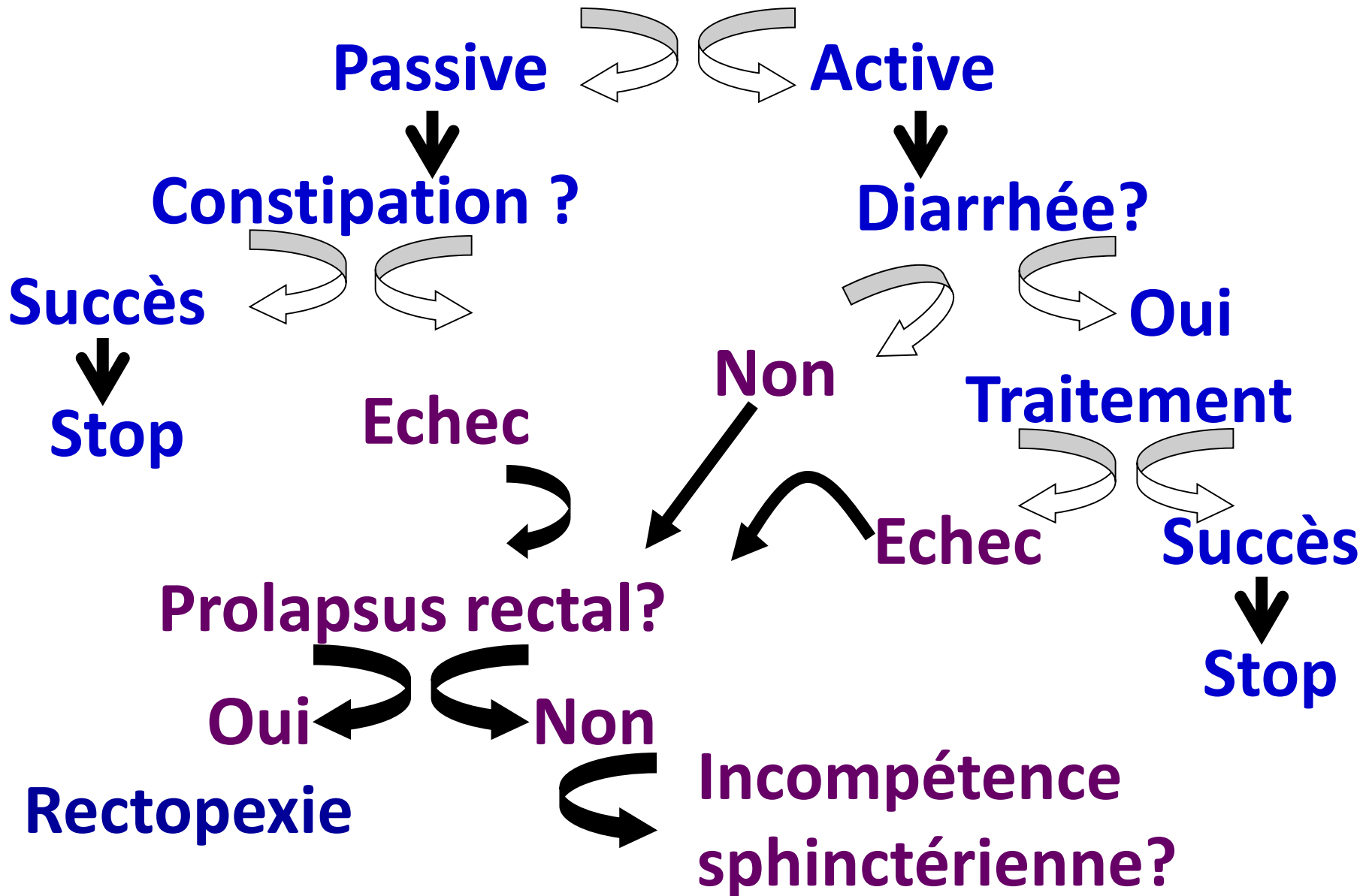
'Bristol stool form scale'

type de selles

description

1		selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles)
2		selles en forme de billes collées
3		selles en forme de boudin, structure friable
4		selles en forme de boudin, structure douce et lisse
5		selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles)
6		selles molles à très molles aux contours imprécis
7		selles aqueuses sans structure (totalement liquides)

INCONTINENCE ANALE *



(Lehur, Gastroenterol Clin Biol 2000)

Incontinence fécale: existe-t-il un trouble du transit ?

**INCONTINENCE PASSIVE = FUITE ANALE SANS PERCEPTION DU
BESOIN EXONERATEUR PREALABLE**

**CONSTIPATION – DIFFICULTES RECTUM
RECTUM PLEIN**








**INCONTINENCE ACTIVE = FUITE ANALE PRECEDE DU BESOIN
EXONERATEUR PREALABLE**

**DIARRHEE
RECTUM VIDE**

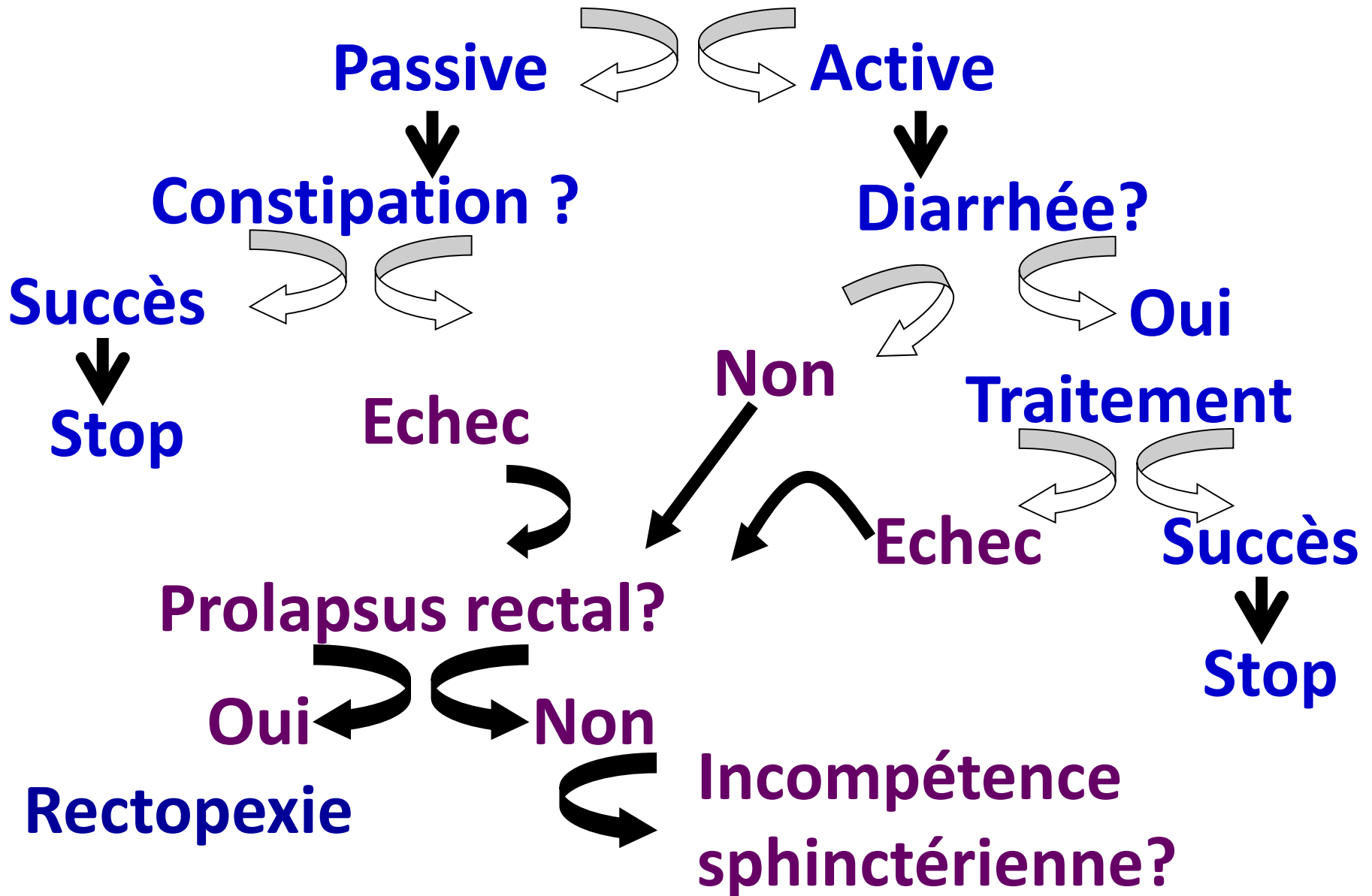
'Bristol stool form scale'

type de selles

description

1		selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles)
2		selles en forme de billes collées
3		selles en forme de boudin, structure friable
4		selles en forme de boudin, structure douce et lisse
5		selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles)
6		selles molles à très molles aux contours imprécis
7		selles aqueuses sans structure (totalement liquides)

INCONTINENCE ANALE *



(Lehur, Gastroenterol Clin Biol 2000)

INCONTINENCE ANALE *

Passive

Active

Constipation

Diarrhée

Succès
64 patients (22.3%)
Stop

62 patients (21.6%)
Oui

Echec

Traitement

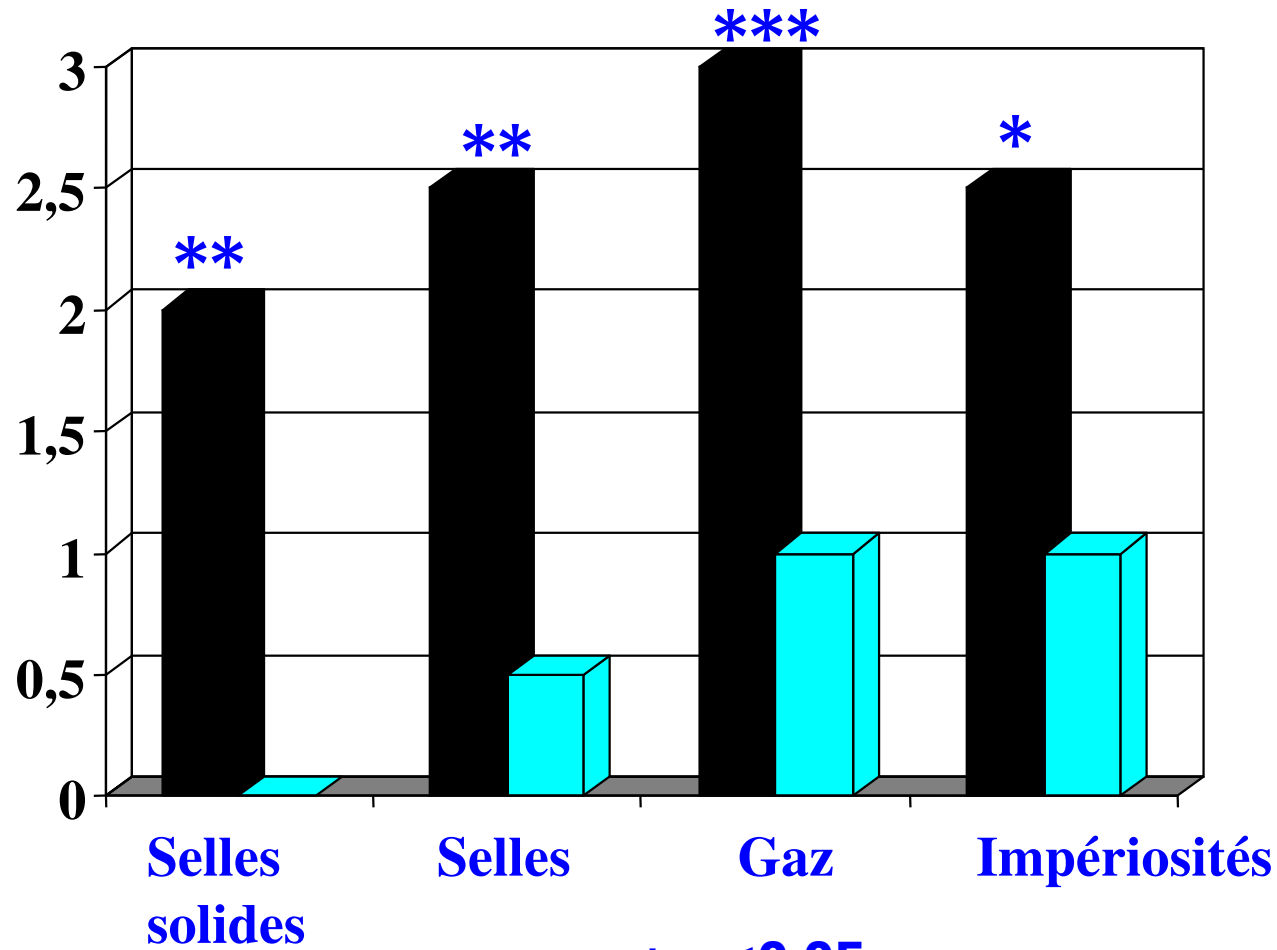
TOTAL = 44 %

Succès

Prolapsus rectal?

Entre 1995 et 1999, 287 patients consécutifs consultants pour incontinence fécale dans le même centre tertiaire

N=36 patients avec incontinence fécale et troubles du transit



* $p < 0.05$

** $p < 0.004$

*** $p < 0.001$

■ Avant traitement médical

■ Après traitement médical

(Demirci, Gastroenterol Clin Biol 2006)



Incontinence fécale : traitements pharmacologiques

Constipation chronique

- Diététique
- Suppositoires
- Lavements
- +/- laxatifs oraux
- Programme de prévention des récurrences

Diarrhée chronique

- Diététique
- Traitements anti-diarrhéiques:
 - : Loperamide, diphenoxylate
- Cholestyramine

n = 26 patients avec une diarrhée chronique et une incontinence anale Loperamide = 12 mg par jour vs placebo [étude randomisée double aveugle, cross over]

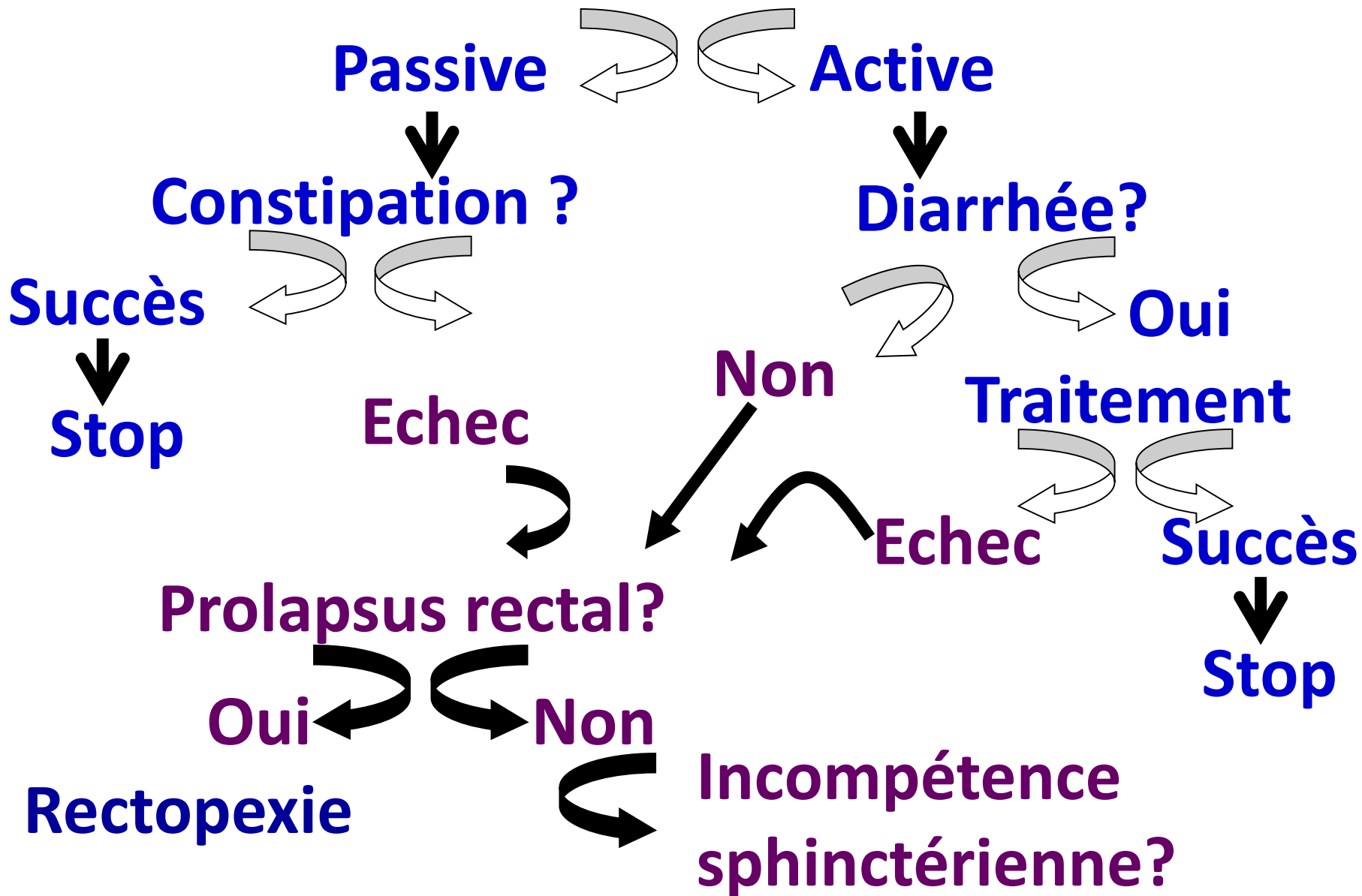
	Placebo	Loperamide	P
Poids selles/24h(g)	186	102	<0.001
Nb selles/se	17	11	<0.001
Episodes IA/se	0.9	0.6	<0.01
Impériosités/se	5.3	1.52	<0.001

11 patients
Constipés++

Moyenne

(Read, Dig.Dis.Sci 1982)

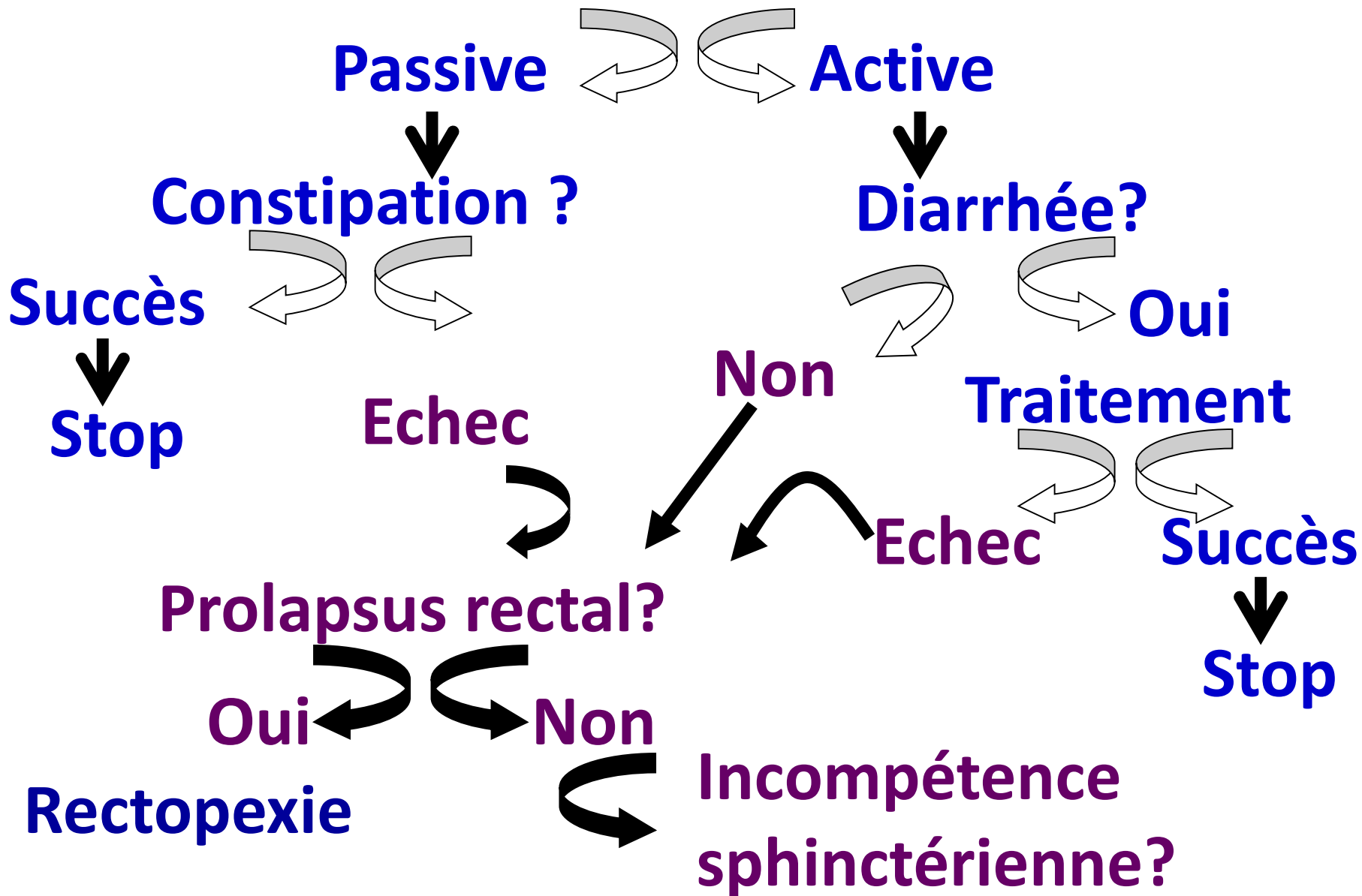
INCONTINENCE ANALE *



(Lehur, Gastroenterol Clin Biol 2000)

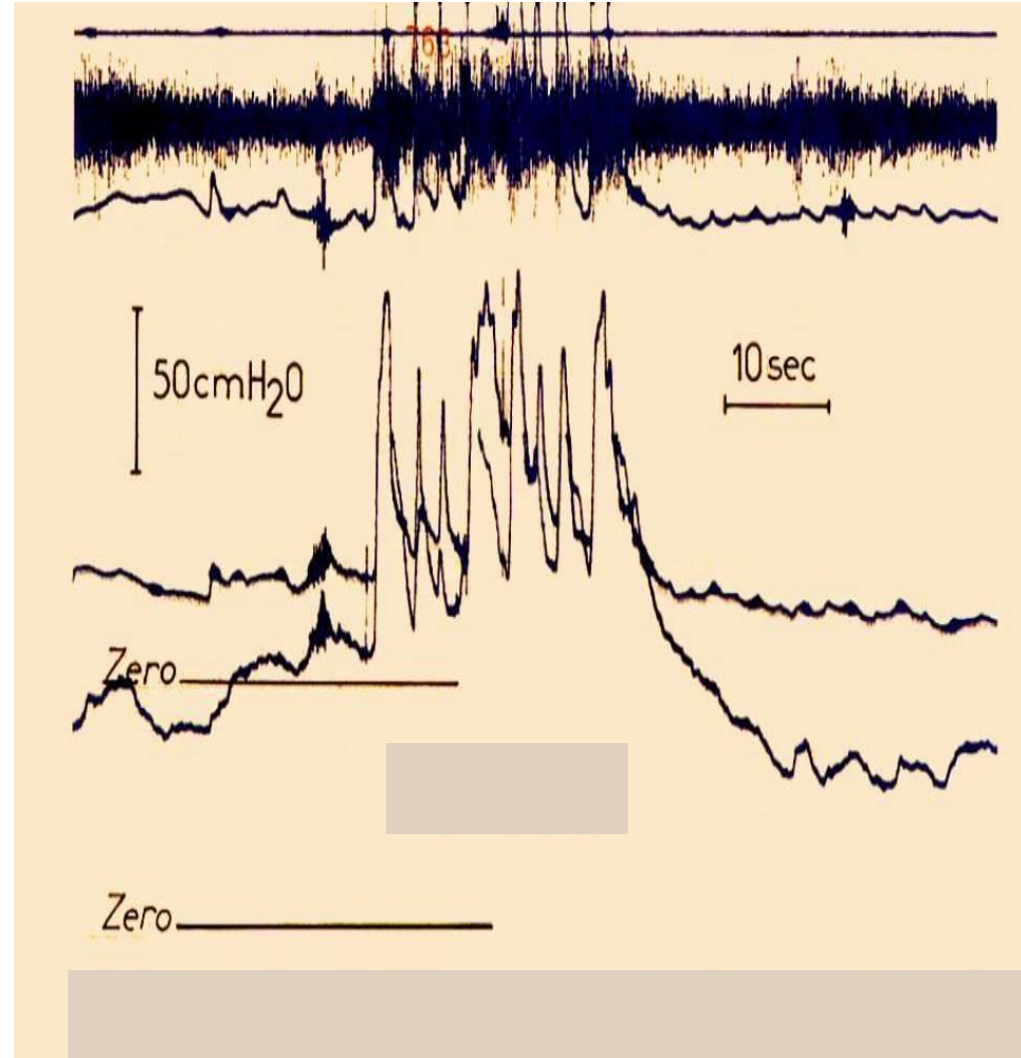
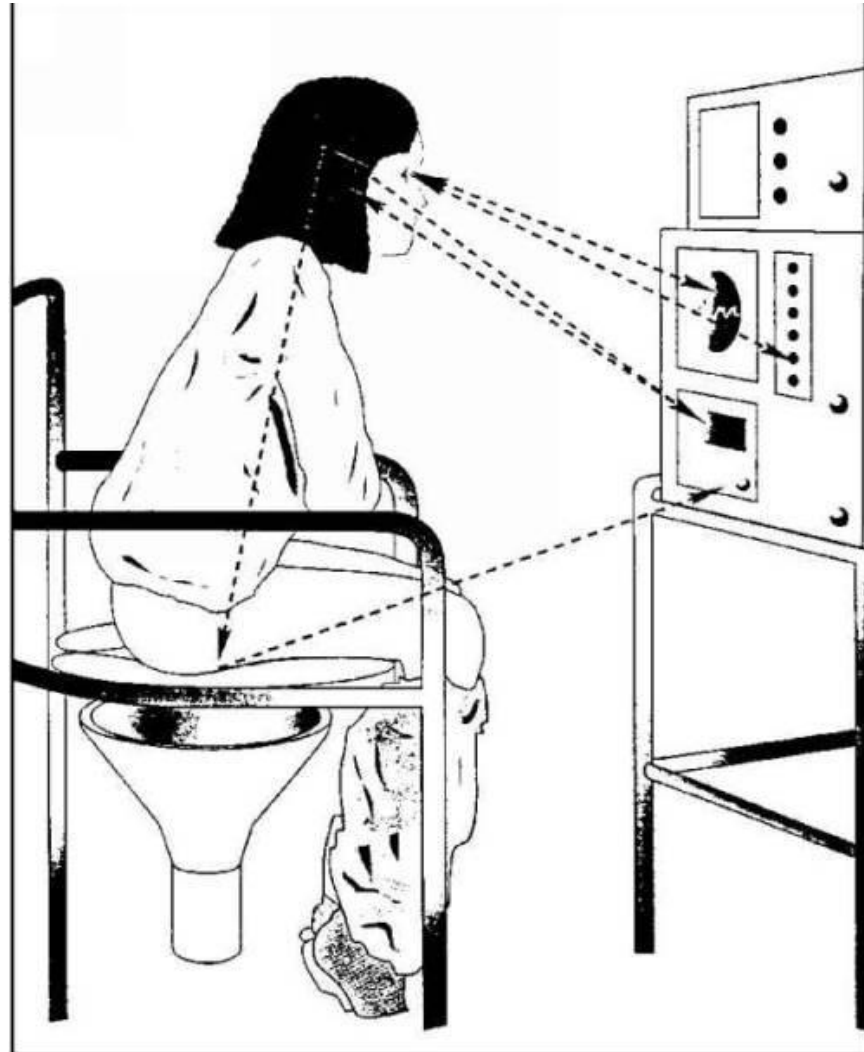


INCONTINENCE ANALE *

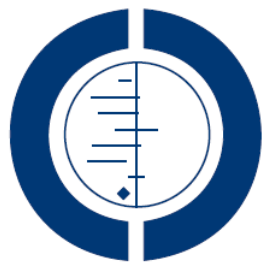


(Lehur, Gastroenterol Clin Biol 2000)

Incompétence sphinctérienne : rééducation périnéale



≈ 70% améliorés



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Tampons anaux pour Incontinence fécale



- ❖ 4 études randomisées incluant 136 patients;
- ❖ Tampons anaux peuvent être difficiles à tolérer;
- ❖ Quand ils sont bien tolérés, les tampons sont une aide pour contrôler l'incontinence

(Deutekom et al. Cochrane Database Syst Rev, 2015)

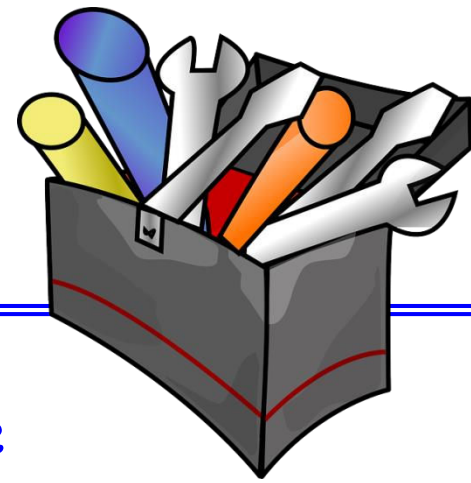
Incontinence fécale: Traitement



1ère Etape:

- ✓ TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES
- ✓ SUPPOSITOIRES - LAVEMENTS
- ✓ BIOFEEDBACK - REEDUCATION
- ✓ TAMPON ANAL

Incontinence fécale: Traitement



2ème Etape: Centre de pelvi-périnéologie

- ✓ NEUROMODULATION SACREE
- ✓ STIMULATION ELECTRIQUE EXTERNE
- ✓ SPHINCTERORRAPHIE
- ✓ LAVEMENT RETROGRADE TRANS-ANALE
- ✓ THERAPIE CELLULAIRE
- ✓ INJECTIONS DE TOXINE BOTULIQUE

CHIRURGIEN

