

Causes et diagnostic

Incontinence fécale, partie 1

Dr méd. Dr phil. Peter Studer, Dr méd. Melanie Holzgang, Dr méd. Antje Lechleiter, PD Dr méd. Lukas Brügger

Universitätsklinik für viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital, Bern



Face aux multiples causes, examens et options thérapeutiques de l'incontinence fécale, une collaboration interdisciplinaire bien établie entre les médecins de premier recours et les unités spécialisées s'avère indispensable. La première partie de cet article explique les causes et les examens, tandis que les options thérapeutiques actuellement recommandées seront abordées dans une seconde partie¹.

Contexte

Définition

Bien qu'il n'existe officiellement toujours pas de définition de l'incontinence fécale acceptée à l'échelle internationale, l'incontinence fécale fait le plus souvent référence à une perte incontrôlée ou involontaire de selles liquides ou solides entre les passages aux toilettes réguliers. L'intensité de la maladie varie fortement, allant de souillures intermittentes des sous-vêtements par de la matière fécale à une perte permanente et incontrôlable du contenu intestinal.

Epidémiologie

La prévalence de l'incontinence fécale est difficile à évaluer. Un article de revue de 2016 a décrit une prévalence comprise entre 1 et env. 20%, en moyenne entre 8 et 9% [1]. D'une manière générale, la prévalence augmente avec l'âge et elle atteint des valeurs de >40% dans les institutions telles que les établissements médico-sociaux [2]. En plus d'entraîner des limitations parfois massives de la qualité de vie des personnes touchées, la maladie a également une grande importance socio-économique. D'après les estimations, les coûts générés par une incontinence fécale non traitée sont considérables et ils sont à la charge des patients et de notre système de santé [3].

Le manque de perception de cette problématique de santé pertinente est probablement lié à la stigmatisation et aux angoisses sociales des personnes touchées. L'incontinence fécale implique souvent une réduction drastique de la qualité de vie et elle peut éventuellement conduire à un isolement social complet. Globalement, la maladie est sans doute fortement sous-diagnostiquée. Dans une étude épidémiologique exemplaire, un diagnostic médical correspondant avait uniquement été

posé chez 2,7% des patients avec incontinence fécale auto-rapportée [4]. En outre, plus de 70% des personnes touchées ne sollicitent pas d'aide médicale malgré des limitations pertinentes [5]. Il est dès lors essentiel d'accroître la sensibilisation vis-à-vis de cette maladie et d'interroger activement les patients au sujet des symptômes d'incontinence fécale au cabinet de médecine de famille [6].

L'impression subjective qui ressort de la consultation de proctologie laisserait supposer une prévalence plus élevée chez les femmes, ce qui n'est toutefois pas prouvé dans la littérature. Différentes études ont montré une prévalence comparable de la maladie chez les deux sexes. Une grande analyse populationnelle récemment publiée, avec env. 70 000 patients inclus aux Etats-Unis, a même montré une discrète prédominance de l'incontinence fécale chez les hommes [7]. D'autres travaux confirment une répartition équilibrée entre les sexes [8].

Physiologie

La continence fécale en tant que fonction physiologique est hautement complexe et présuppose un bon fonctionnement du système nerveux central et autonome. Parmi les autres facteurs tout aussi importants pour une continence fécale suffisante figure une anatomie correcte au niveau de l'appareil sphinctérien anal, des muscles releveurs, y compris de la sangle pubo-rectale, et de l'anorectum. Un autre facteur décisif pour la fonction de continence est la consistance fécale. La sensation d'impériosité fécale est déclenchée par une stimulation des récepteurs d'étirement et de pression dans le rectum et le canal anal supérieur [9]. En situation normale, la défécation est initiée volontairement et complétée par différents réflexes [10]. Une pathologie affectant une ou plusieurs composantes de

¹ «Incontinence fécale, partie 2: traitement» paraîtra dans le numéro 21–22 du Forum Médical Suisse.



Peter Studer

ce système peut être à l'origine d'une incontinence fécale. L'affaiblissement d'une composante peut parfois être compensé par une autre, ce qui peut être utilisé à une fin thérapeutique. La genèse est le plus souvent multifactorielle. En outre, il arrive que des lésions de l'organe de continence soient déjà présentes depuis des décennies (par ex. traumatisme durant un accouchement) et deviennent uniquement manifestes plus tard dans la vie.

Classification

La classification de l'incontinence fécale est basée sur les symptômes. En cas d'*incontinence fécale passive*, il se produit une perte involontaire de selles ou de gaz sans que la personne concernée ne s'en rende compte. L'*incontinence fécale par impériosité* désigne quant à elle la perte de selles ou de gaz malgré la tentative volontaire de la personne de l'empêcher. Les *souillures fécales* représentent un autre signe clinique. Elles surviennent le plus souvent suite à une défécation normale chez des personnes au demeurant continentes. Ces symptômes se chevauchent fréquemment, ce qui complique d'autant plus les investigations et le traitement.

Il est essentiel de consigner par écrit la sévérité de la maladie lors de la première consultation, puis au cours du traitement. Une documentation précise de ces informations permet de contrôler le traitement, mais est d'autre part aussi un excellent moyen pour effectuer des recherches et développer des optimisations thérapeutiques dans ce domaine. Différents scores d'incontinence fécale sont disponibles dans la littérature. Dans notre clinique, nous utilisons le «Cleveland Clinic Incontinence Score» (également appelé «score de Wexner», tab. 1), qui est largement répandu et facile à utiliser [11].

Causes et facteurs de risque

Les causes et les facteurs de risque de l'incontinence fécale sont multiples. En principe, il convient de faire la distinction entre incontinence fécale congénitale et incontinence fécale acquise. Les causes acquises englobent les dommages structurels consécutifs à un traumatisme ou les altérations dégénératives, les maladies du système nerveux périphérique ou central, les altérations inflammatoires au niveau du tractus gastro-intestinal inférieur et la diarrhée (tab. 2).

Causes congénitales

Parmi les pathologies congénitales responsables d'incontinence fécale figurent différents types de malformation anorectale (1:3000–5000 nouveau-nés), le spina bifida (1:1000) et la maladie de Hirschsprung (1:5000). Dans le cadre de ces maladies, la fonction de l'organe de continence à l'âge adulte est très variable [12, 13]. Dans notre pratique quotidienne, ces patients représentent une minorité.

Causes acquises

Dans la mesure où l'incontinence fécale acquise est pratiquement toujours due à une genèse multifactorielle, il est préférable de parler de facteurs de risque que de causes. Les exemples les plus connus et les plus fréquents sont les traumatismes dans la région du sphincter anal ou les lésions nerveuses au niveau du nerf pudendal (étirement) suite à des *accouchements par voie vaginale compliqués*. L'accouchement est toujours encore considéré comme l'un des principaux facteurs de risque d'incontinence fécale chez la femme. Des symptômes d'incontinence sont présents chez 10–27% des femmes 6 semaines après l'accouchement et chez 8–17% des femmes 6 ans après l'accouchement [14]. Le principal facteur de risque

Tableau 1: Cleveland Clinic Incontinence Score (score de Wexner) [11].

A quelle fréquence êtes-vous victime d'une perte incontrôlée de selles solides?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par semaine	Le plus souvent, quotidiennement
A quelle fréquence êtes-vous victime d'une perte incontrôlée de selles liquides?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par semaine	Le plus souvent, quotidiennement
A quelle fréquence émettez-vous de façon involontaire des gaz?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par semaine	Le plus souvent, quotidiennement
A quelle fréquence portez-vous une protection contre l'incontinence?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par semaine	Le plus souvent, quotidiennement
A quelle fréquence devez-vous changer vos habitudes de vie fixes en raison de problèmes de selles?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par mois	Plus d'1 fois par semaine	Le plus souvent, quotidiennement
Points	0	1	2	3	4

Interprétation: Plus le nombre de points additionnés est élevé, plus l'incontinence est prononcée.
0 point (pas d'incontinence) – 20 points (incontinence complète).

Tableau 2: Causes et facteurs de risque de l'incontinence fécale.

Pathologies structurelles	
Sphincter anal	Traumatisme obstétrical, intervention chirurgicale, radiothérapie, maladie inflammatoire chronique de l'intestin
Rectum	Prolapsus, tumeurs, malformation congénitale, affaissement du compartiment postérieur du plancher pelvien, hypersensibilité/hyposensibilité
Sangle pubo-rectale	Affaissement du compartiment postérieur du plancher pelvien, intervention chirurgicale
Système nerveux central, périphérique et autonome	Accident vasculaire cérébral, lésions de la moelle épinière, sclérose en plaques, diabète sucré
Pathologies fonctionnelles	
Sensibilité de l'anorectum	Traumatisme obstétrical, lésions du système nerveux central ou périphérique, diabète sucré
Impaction fécale dans le rectum (incontinence par débordement)	Dyssynergie
Consistance des selles	
Volume des selles et diarrhée	Infections gastro-intestinales, maladie cœliaque, «côlon irritable», médicaments, maladies inflammatoires de l'intestin
Irritation périanale	Syndrome de perte d'acide biliaire, laxatifs
Constipation	Impaction fécale, médicaments, dyssynergie
Autres causes	
Immobilité, fonction cognitive	Age, handicap, démence, sédation
Médicaments	Laxatifs, anticholinergiques, antidépresseurs, caféine, myorelaxants
Intolérances alimentaires	Lactose, fructose, sorbitol

Adapté à partir de la présentation du Prof. S. J. Vanner, Director, Gastrointestinal Diseases Research Unit (GIDRU), Queen's University Kingston General Hospital, Kingston, ON, Canada.

d'incontinence fécale du postpartum est la présence d'une lésion du sphincter anal. Une étude réalisée au Pays de Galles a montré que l'incidence des lésions sphinctériennes consécutives à un accouchement n'a cessé d'augmenter au cours de la dernière décennie parallèlement à l'augmentation du taux d'accouchements aux forceps et d'épisiotomies, et contre toutes attentes, malgré une augmentation également documentée du taux de césariennes [15]. Ces données se recoupent avec d'autres observations rapportées dans la littérature [16]. Le doute persiste quant à savoir si le taux de lésions anales causées par l'accouchement augmente véritablement ou si c'est uniquement la détection de ces lésions qui augmente en raison des meilleures mesures diagnostiques disponibles et d'une plus grande prise de conscience à ce sujet. La prise de conscience par rapport aux lésions anales obstétricales a certes augmenté au cours des dernières années. Aujourd'hui, les futures mères reçoivent déjà avant l'accouchement des informations et des instructions au sujet des mesures préventives possibles pour réduire ce risque de lésion obstétricale (rééducation du plancher pelvien, massages du périnée, etc.) dans l'espoir de réduire l'incidence de

l'incontinence du postpartum à l'avenir [17]. D'un autre côté, certaines études ne sont pas parvenues à identifier le traumatisme obstétrical au niveau du sphincter anal comme un facteur de risque d'incontinence chez la femme âgée (>70 ans) [18]. Qui plus est, la prévalence de l'incontinence fécale est similaire chez les femmes et les hommes durant la 7^e décennie de vie. D'autres prédispositions et influences semblent donc contribuer au développement d'une incontinence fécale avec l'âge, indépendamment des lésions causées par l'accouchement. Ainsi, une étude a par ex. montré que les femmes présentant des diarrhées intermittentes ou des symptômes d'un «syndrome du côlon irritable» (SCI) avaient un risque nettement accru de développer une incontinence fécale avec l'âge, indépendamment des traumatismes liés à l'accouchement [19].

Les interventions chirurgicales anorectales (interventions en cas d'hémorroïdes/fistules périanales) constituent le deuxième facteur de risque le plus fréquent d'incontinence fécale acquise. Dans la littérature, un taux relativement élevé de problèmes d'incontinence postopératoire, de l'ordre d'env. 10% en fonction de la technique et de la série de cas, est rapporté après hémorroïdectomie [20, 21]. Il convient néanmoins de signaler que dans les études en question, l'incontinence «fine» temporaire a aussi en partie été prise en compte. Cette dernière n'est souvent pas apparente sur le plan clinique et un taux d'incontinence pertinent de <10% doit dès lors être admis après hémorroïdectomie. Après une sphinctérectomie latérale classique (section complète du sphincter anal interne), des taux d'incontinence atteignant 30% sont rapportés, raison pour laquelle cette intervention est aujourd'hui devenue obsolète. Une option thérapeutique chirurgicale alternative en cas de fissure anale chronique est la sphinctérectomie interne latérale partielle (section de seulement env. 5 mm de tissu musculaire), qui est associée à des taux nettement plus faibles d'incontinence postopératoire. Nous n'avons plus que très rarement recours à la sphinctérectomie partielle, lorsque toutes les mesures conservatrices et interventionnelles ont échoué [22]. Dans le cadre du traitement chirurgical des fistules anales complexes, le taux d'incontinence postopératoire atteint jusqu'à 40% [23]. Des résultats particulièrement négatifs en termes d'incontinence fécale persistante et d'impact associé sur la qualité de vie sont obtenus après dilatation anale en raison d'une fissure anale chronique. Par conséquent, ce traitement ne peut plus être recommandé à l'heure actuelle [24]. La perturbation postopératoire (le plus souvent temporaire) de l'organe de continence reste un thème majeur dans la pose de l'indication des interventions proctologiques. Il convient de

fournir des informations détaillées aux patients quant aux possibles problèmes de continence postopératoires.

Différentes *maladies neurologiques* peuvent également être associées à une incontinence fécale. Jusqu'à 40% des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux présentent des problèmes d'incontinence fécale temporaires ou permanents. Les patients atteints de la maladie de Parkinson et de sclérose en plaques souffrent aussi de plus en plus d'incontinence fécale avec la progression de leur maladie. Sur le plan physiopathologique, il convient de distinguer deux problèmes principaux: d'une part, les pathologies neurologiques peuvent conduire à des problèmes d'innervation et à une faiblesse du sphincter anal [25]; d'autre part, la maladie peut avoir un impact négatif sur la sensibilité du rectum. Dans ce contexte, il convient en outre de mentionner la polyneuropathie diabétique en tant que facteur de risque d'incontinence fécale [26].

Les patients souffrant de *maladies inflammatoires chroniques de l'intestin* ont également un risque accru d'incontinence fécale. D'après la littérature, env. 25% de ces patients sont victimes d'incontinence fécale [27]. En cas d'atteinte du rectum, une compliance réduite, la sensibilité rectale accrue et les diarrhées chroniques peuvent être à l'origine d'une incontinence. Chez les patients souffrant depuis de nombreuses années de la

maladie de Crohn avec atteinte périanale, l'incontinence peut également être causée ou aggravée par une fistule avec lésion sphinctérienne potentielle. La radiothérapie dans la région du petit bassin ou de l'anus en cas de carcinomes rectaux ou anaux peut aboutir à une incontinence fécale via les mêmes mécanismes (compliance rectale réduite, hypersensibilité rectale, lésions sphinctériennes) [28].

Une forme particulière d'incontinence fécale qu'il convient de mentionner ici est le «*low anterior resection syndrome*» (LARS). Les patients avec LARS souffrent typiquement de défécations fréquentes (souvent aussi nocturnes), de symptômes d'impériosité, ainsi que d'une incontinence fécale plus ou moins prononcée. Dans la littérature, un LARS est décrit dans 25–80% des cas après une résection rectale basse [29]. Le traitement du LARS, qui implique le plus souvent une limitation pertinente de la qualité de vie pour les personnes touchées, n'est actuellement pas standardisé. Une revue récemment publiée rapporte des tentatives de traitement documentées dans la littérature par stimulation nerveuse sacrée/tibiale, physiothérapie du plancher pelvien, irrigation transanale et traitement médicamenteux (antagonistes des récepteurs 5-HT3) [30]. Malgré les approches thérapeutiques multimodales, il est estimé qu'env. un tiers des patients souffrent à long terme de symptômes de LARS plus ou moins invalidants [31].

D'autres interventions au niveau du petit bassin, comme par ex. l'hystérectomie [32], peuvent également avoir un impact négatif sur la continence fécale par affaissement consécutif au niveau du compartiment postérieur du plancher pelvien. Suite à l'affaissement du plancher pelvien, 20–40% des patients présentent également des symptômes d'incontinence [33].

Le vieillissement constitue en soi un facteur de risque d'incontinence fécale. L'incontinence chez le sujet âgé est souvent favorisée par une constipation chronique avec impaction fécale dans le rectum et fluidification consécutive des selles (incontinence par débordement). Les causes en sont l'immobilité chronique, les médicaments, le régime alimentaire, la dépression et la démence [34]. D'un point de vue physiopathologique, des «*dyssynergies*», c.-à-d. des réactions paradoxales des groupes musculaires impliqués, sont postulées.

Diagnostic

Le diagnostic et le traitement de l'incontinence fécale sont des tâches interdisciplinaires, qui requièrent une étroite collaboration entre le cabinet de médecine de famille et les spécialistes concernés. Un aperçu des examens diagnostiques et du traitement de l'incontinence fécale est présenté dans la figure 1.

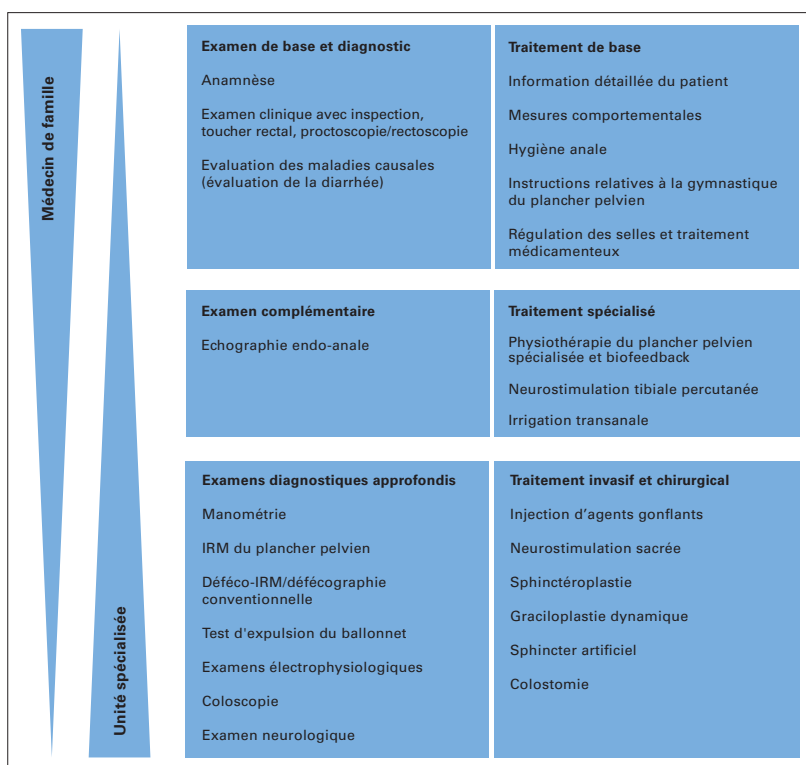


Figure 1: Schéma par paliers pour le diagnostic et le traitement de l'incontinence fécale.

Comme toujours, l'anamnèse et l'examen clinique occupent également la première place pour l'incontinence fécale. Étant donné qu'il s'agit d'un sujet très sensible, il est indispensable de prévoir suffisamment de temps pour les consultations. Sur la base des étiologies, facteurs de risque et processus physiopathologiques expliqués plus haut, une *anamnèse* précise permet déjà de cerner grossièrement la pathologie possible. En cas de diarrhées, la cause devrait être clarifiée en tenant compte de tous les diagnostics différentiels. Des informations sur les symptômes d'incontinence et leur impact sur la qualité de vie devraient être collectées régulièrement et de façon précise en utilisant le «score de Wexner» ou «Cleveland Clinic Incontinence Score», qui est certainement le score le plus répandu et le plus simple [11].

L'examen clinique débute par l'inspection. L'examen du patient sur un fauteuil d'examen proctologique est recommandé, car c'est le seul moyen d'évaluer les repercussions de la gravité sur le plancher pelvien. Pour des problématiques plus simples, un examen en position latérale est suffisant. Les altérations cutanées périanales, telles que l'érythème ou les érosions, peuvent être indicatives d'une incontinence fécale. D'éventuelles cicatrices résultant d'anciens traumatismes et d'interventions passées peuvent également être identifiées. Il est demandé au patient de fermer activement le sphincter, ce qui permet de visualiser des contractions asymétriques (indicatives de défauts sphinctériens structuraux), des contractions insuffisantes ou même un anus «béant» (pathologies neurologiques). Dans une dernière étape, il est demandé au patient de pousser afin d'exclure un prolapsus anal/rectal ou urogynécologique.

L'inspection est suivie d'un toucher rectal. La pression sphinctérienne au repos, la pression sphinctérienne de contraction et la fonction de la sangle pubo-rectale peuvent également être évaluées par le toucher. Pour vérifier ce dernier paramètre, le patient doit pousser comme pour une défécation, une atonie de la sangle pubo-rectale étant alors généralement perceptible au niveau dorsal. De même, les rectocèles peuvent être palpées et, moyennant une palpation bimanuelle, il est possible de détecter des irrégularités au niveau du périnée et du septum recto-vaginal. Dans des conditions de pression abdominale, il est notamment possible de palper une éventuelle entérocele. Le toucher rectal reste une modalité diagnostique subjective. Plusieurs études ont documenté une sensibilité modérée à bonne, mais avec toutefois une mauvaise spécificité pour détecter des lésions du sphincter anal [35, 36].

L'examen clinique se termine par une proctoscopie/rectoscopie. Cet examen permet une inspection circumférentielle du canal anal et du rectum. Des ulcères, des inflammations, des tumeurs et une invagination intestinale peuvent ainsi être exclus. Étant donné que l'examen clinique en position latérale ou sur un fauteuil d'examen est peu physiologique, il est utile, en cas de doute, de faire s'asseoir le patient sur des toilettes pour quelques minutes et de l'examiner. De cette façon, des pathologies potentielles peuvent parfois être mieux visualisables voire provoquées.

D'après notre expérience, l'incontinence fécale peut être affectée à un groupe pathologique sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique dans env. les deux tiers des cas. En outre, une échographie endo-anale devrait déjà être réalisée lors du premier examen, si cette modalité est disponible. Dans des mains expérimentées, elle possède une excellente valeur diagnostique pour l'évaluation de l'anatomie de l'appareil sphinctérien interne et externe (fig. 2).

Examens complémentaires potentiels

Manométrie anorectale

Au moyen de la manométrie, il est possible de mesurer la pression et la sensibilité au niveau du canal anal et du rectum, ainsi que leur compliance et leur coordination. L'examen renseigne sur la physiopathologie potentielle de l'incontinence fécale. La problématique la plus souvent détectée est une pression de contraction réduite du canal anal en tant que signe d'une faiblesse du sphincter anal externe. La pression au repos renseigne quant à elle sur la fonction du sphincter anal interne. Un réflexe recto-anal inhibiteur pathologique (autrement dit l'absence de relâchement du sphincter interne lors du remplissage du rectum) est parfois la

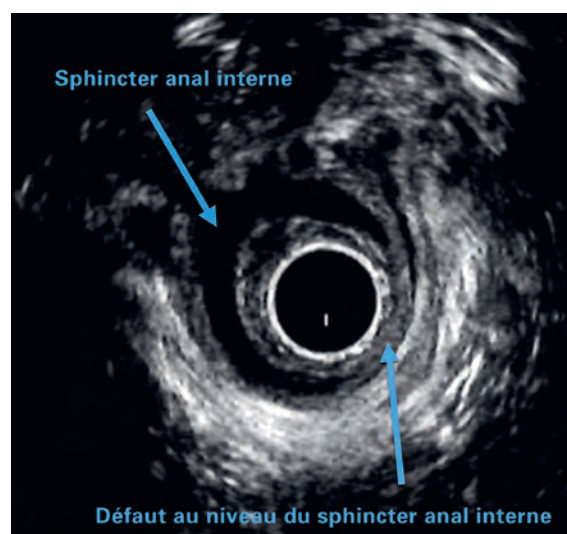


Figure 1: Echographie endo-anale: Patient après traitement chirurgical d'un abcès péréal. Défaut au niveau du sphincter anal interne à 3–5 heures en position de lithotomie.

Correspondance:
Dr méd. Dr phil. Peter Studer
Universitätsklinik für
viszerale Chirurgie
und Medizin
Inselspital
Freiburgstrasse 8
CH-3010 Bern
peter.studer[at]insel.ch
www.darmzentrum-bern.ch

cause d'une incontinence par impériosité et s'observe fréquemment après des résections rectales basses [37]. La manométrie anorectale est recommandée comme examen diagnostique complémentaire en cas d'incontinence rectale réfractaire au traitement [38]. Dans notre clinique, nous l'utilisons principalement pour la différenciation approfondie des symptômes d'impériosité (hypersensibilité vs. faiblesse sphinctérienne) ou à des fins diagnostiques en cas de suspicion de maladie de Hirschsprung. Actuellement, des sondes endo-anales fonctionnelles (système FLIP, «functional luminal imaging probe») sont évaluées comme outil diagnostique. Par rapport à la manométrie conventionnelle, la technologie «FLIP» fournit de manière simple des informations sur la situation biomécanique du canal anal/rectum [39]. En combinant la technologie FLIP à l'imagerie par résonance magnétique (FLIP/IRM), il est en outre possible de visualiser simultanément les structures anatomiques et de les mettre en corrélation avec les mesures biomécaniques. D'après nous, l'association FLIP/IRM a du potentiel et l'utilisation de cette modalité diagnostique continuera sans doute à se développer [40].

IRM du plancher pelvien, déféco-IRM et défécographie conventionnelle

En complément de l'échographie endo-ale, il est possible de réaliser une IRM conventionnelle du bassin en cas de suspicion de pathologies structurelles au niveau du canal anal et du plancher pelvien. La déféco-IRM et la défécographie conventionnelle sont des examens dynamiques et elles sont réalisées chez les patients avec incontinence réfractaire afin de détecter des entéroécèles, des rectocèles et une invagination intestinale et, le cas échéant, pour évaluer la fonction dynamique du plancher pelvien avant de potentielles reconstructions chirurgicales [38]. La déféco-IRM permet en outre une évaluation des parties molles impliquées, mais

elle doit le plus souvent être réalisée en position allongée (exception: appareil IRM ouvert), ce qui doit être pris en compte dans l'évaluation. Nous réalisons aussi de plus en plus rarement des déféco-IRM. Nous excluons généralement une invagination intestinale au moyen d'une rectoscopie rigide, et une entéroécèle peut le plus souvent être sentie à la palpation bimanuelle. Nous estimons que la position le plus souvent allongée lors du diagnostic IRM conventionnel est problématique pour évaluer d'éventuelles pathologies.

Echographie périnéale

Alternativement à la déféco-IRM, l'échographie périnéale peut représenter un outil diagnostique utile pour la détection et l'évaluation des pathologies périnéales (rectocèle, entéroécèle, invagination intestinale). Dans des mains expérimentées, l'échographie périnéale présente une sensibilité et une spécificité élevées, comparables à celles de la déféco-IRM [41]. Toutefois, l'échographie périnéale ne fait pas partie de nos examens diagnostiques primaires. Nous réalisons en premier lieu une échographie endo-ale; pour des recherches plus approfondies, nous posons l'indication d'une IRM. Dans la littérature, une plus faible sensibilité de l'échographie périnéale pour la détection des lésions sphinctériennes a été décrite par rapport à l'échographie endo-ale [42].

Electromyographie

La réalisation d'une électromyographie est aussi très rare. Chez les patients avec suspicion de faiblesse sphinctérienne neurogène et atteinte possible des racines nerveuses sacrées, elle est utilisée pour différencier la faiblesse sphinctérienne neurogène de la faiblesse sphinctérienne myogène.

Coloscopie

En cas de modifications d'origine indéterminée des habitudes de défécation, il ne faut pas hésiter à réaliser une coloscopie afin d'exclure une pathologie du côlon ou du rectum.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08076>.

La suite de l'article, «Incontinence fécale, partie 2: traitement», paraîtra dans le prochain numéro du FMS (21–22/2019).

L'essentiel pour la pratique

- L'incontinence fécale est une maladie fréquente, qui a de vastes conséquences pour les personnes touchées.
- La prévalence et les conséquences socio-économiques de l'incontinence fécale sont sous-estimées.
- Une prise de conscience correspondante et un dépistage actif de l'incontinence fécale sont essentiels.
- En raison de la diversité et en partie de la complexité du diagnostic et du traitement de l'incontinence fécale, une approche interdisciplinaire multimodale est indispensable.