

Traitement

Incontinence fécale, partie 2

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



Après avoir abordé les causes et le diagnostic de l'incontinence fécale dans la première partie¹ de cet article, cette deuxième partie est consacrée aux options thérapeutiques conservatrices et chirurgicales actuellement recommandées.

Introduction

En principe, l'incontinence fécale est une affection traitable. Dans de nombreux cas, un traitement conservateur entraîne déjà une amélioration considérable des symptômes, rendant ainsi souvent inutiles des examens complémentaires. Il nous paraît dès lors extrêmement important d'interroger activement les patients sur les symptômes et d'initier rapidement un traitement de base correspondant (voir également fig. 1 dans la partie 1 de cet article [1]).

Les mesures thérapeutiques décrites dans la suite de cet article s'inspirent des recommandations émises dans des articles de revue récemment publiés. En raison des bonnes perspectives de succès et de l'absence de morbidités, les premières options thérapeutiques sont toujours conservatrices.

Mesures générales

Information du patient

Le traitement débute par une information exhaustive des patients au sujet des mécanismes physiologiques de la défécation et de la fonction de l'organe de continence. Bien qu'il n'existe pas d'études à ce sujet, nous estimons qu'il est fondamental de discuter dans le détail de tous les résultats pathologiques identifiés avec les patients. Sans discussion précise et répétée au sujet des mesures thérapeutiques, le traitement multimodal, parfois de longue haleine, de l'incontinence fécale a des perspectives de réussite bien moins élevées.

Mesures comportementales

La première mesure consiste à éviter dans la mesure du possible les aliments et les activités ayant une influence négative sur la continence. Typiquement, il convient de renoncer aux boissons alcoolisées, aux boissons à base de caféine, aux repas très riches en lipides ou épicés, à la consommation excessive de fruits,

ainsi qu'aux produits contenant des édulcorants artificiels. Le concept nutritionnel des FODMAP (FODMAP = oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentescibles) consiste à éviter ou réduire la consommation de glucides à chaîne courte, ce qui peut également avoir une influence positive sur les symptômes des patients atteints d'incontinence fécale via une régulation du transit intestinal. En cas de besoin, nous recommandons de ne pas hésiter à se concerter avec des professionnels spécialisés en thérapie nutritionnelle. Des mesures comportementales, telles que la tentative de défécation à un certain moment de la journée ou une contraction volontaire du sphincter avant les activités connues pour être associées à une perte involontaire de selles, peuvent également réduire le problème de l'incontinence. Pour cerner plus précisément la situation, nous recommandons aux patients de tenir un journal de bord alimentaire et un journal des défécations.

Hygiène

Un autre pilier symptomatique du traitement de base repose sur une bonne hygiène périnéale. Il convient de veiller à ce que l'anoderme reste propre (douches, toilettes à jet d'eau, lingettes, etc.) et sec. Il faut impérativement éviter le nettoyage abondant avec du papier toilette sec, car les frictions peuvent conduire à des abrasions cutanées et donc à une détérioration des symptômes. L'utilisation de protections contre l'incontinence protège à la fois l'anoderme et les vêtements. En cas de peau sèche et fortement sollicitée, nous recommandons d'appliquer une crème cutanée protectrice (par ex. à base de zinc).

Traitement médicamenteux-conservateur

Régulation des selles

La régulation des selles a pour objectif d'obtenir des défécations régulières de consistance normale. A la fois

¹ L'article «Incontinence fécale, partie 1: causes et diagnostic» est paru dans le numéro 19–20 du *Forum Médical Suisse*.



Peter Studer

la constipation chronique et la diarrhée peuvent être à l'origine d'incontinence et doivent être traitées. Outre les adaptations diététiques, nous utilisons avec succès dans notre pratique des régulateurs du transit à base de psyllium. L'amélioration de la consistance des selles et l'augmentation du volume des selles peuvent déjà après une courte durée de traitement aboutir à une amélioration significative des symptômes d'incontinence. Des flatulences temporaires peuvent survenir en tant qu'effet indésirable. Une bonne information du patient et une prise conséquente du produit sont indispensables pour le succès du traitement. Chez les patients avec compliance rectale réduite, comme par ex. en cas de proctite et de sténoses, les produits à base de psyllium doivent être utilisés avec prudence, car ils sont susceptibles d'aggraver les symptômes d'incontinence. Les établissements médico-sociaux comptent un grand nombre de patients souffrant d'incontinence par débordement en raison d'une impaction fécale dans le rectum. Les selles impactées doivent être évacuées et une régulation des selles conséquente devrait être initiée pour prévenir les récurrences.

Entraînement du plancher pelvien / physiothérapie du plancher pelvien avec biofeedback

Selon nous, un entraînement général du plancher pelvien devrait toujours être recommandé comme mesure conservatrice. Au moyen de brochures, les patients peuvent apprendre et réaliser par eux-mêmes des exercices simples. Il n'existe pas de consensus ou de lignes directrices quant à la manière dont ce type d'entraînement du plancher pelvien doit être enseigné. Des études montrent néanmoins un effet globalement positif de ce traitement [2]. La physiothérapie du plancher pelvien spécialisée est elle aussi une composante essentielle du traitement de l'incontinence. Son objectif est d'influencer volontairement et d'entraîner une fonction corporelle peu perçue dans le quotidien normal en visant spécifiquement le renforcement des muscles du plancher pelvien et une innervation isolée des muscles du plancher pelvien. En outre, elle permet de s'exercer à une meilleure perception et tolérance des stimuli d'étirement dans le rectum et à la coordination des différentes structures impliquées dans la défécation. Après une phase d'instruction assurée par des professionnels formés à la physiothérapie du plancher pelvien spécialisée, le patient peut également continuer à réaliser de façon autonome les exercices. Des études ont montré une élévation de la pression de contraction du sphincter et une diminution des contractions inadéquates de la paroi abdominale après ce traitement [2]. Par ailleurs, des améliorations de la sensibilité rectale et un raccourcissement du réflexe

anorectal (délai entre les stimuli d'étirement dans le rectum et la contraction du sphincter externe) ont été observés [3]. L'aspect problématique dans l'entraînement du plancher pelvien est sans doute l'absence de protocole thérapeutique standardisé. Malgré tout, l'entraînement du plancher pelvien s'accompagne d'une manière générale d'une satisfaction élevée des patients et nous recommandons en principe toujours une physiothérapie du plancher pelvien après un traitement de base conservateur inefficace, en raison de l'absence d'effets indésirables. D'après nous, les chances de succès de la physiothérapie du plancher pelvien sont maigres chez les patients présentant un grand défaut structurel de l'appareil sphinctérien, une faiblesse isolée du sphincter interne, une incontinence par débordement et des pathologies neurologiques associées à une perte de la sensibilité rectale ou à un manque d'innervation du sphincter externe. Des physiothérapies spécialisées sont par ex. disponibles sur le site internet www.pelvisuisse.ch.

Mesures médicamenteuses

Le traitement médicamenteux de l'incontinence fécale poursuit deux principaux objectifs: (1.) réduction de la fréquence des selles et (2.) amélioration de la consistance des selles. Comme souligné dans une revue Cochrane de 2013, il n'existe pas de données solides en faveur d'un traitement médicamenteux spécifique pour le traitement de l'incontinence fécale. Seule l'utilisation du loperamide en cas de selles liquides a un effet avéré. Le loperamide a un impact positif sur la consistance des selles et donc également sur les symptômes d'impériosité. Avant une tentative de traitement par loperamide, la cause de la diarrhée devrait néanmoins être déterminée [4]. Une diarrhée d'origine indéterminée peut occasionnellement être causée par un syndrome de perte d'acide biliaire, et un traitement par cholestyramine peut alors entraîner une amélioration de la diarrhée et donc des symptômes d'incontinence.

Dans une étude randomisée conduite par Heymen et al. [2], une bonne information du patient, une normalisation de la consistance des selles et des mesures comportementales ont entraîné une réduction du taux d'incontinence de 60% et une disparition complète de l'incontinence chez 21% des patients.

Irrigation transanale

L'irrigation transanale intermittente est une méthode plus ancienne pour le traitement symptomatique des problèmes de défécation et de l'incontinence. Différentes études ont montré une amélioration de la qualité de vie à la fois à court et à long terme. L'irrigation

s'effectue au moyen d'un cathéter à ballonnet du commerce [5]. Les systèmes spécialisés onéreux ne sont généralement pas nécessaires.

Mesures chirurgicales-interventionnelles

Neurostimulation sacrée (NSS)

Ce procédé consiste à stimuler en continu certains nerfs sacrés (S2–S4). Dans une première phase, le traitement se déroule via un stimulateur externe avec batterie. Si l'incontinence fécale diminue de 50% (fréquence ou score) durant la phase de test de 2 à 3 semaines, le stimulateur définitif et la batterie sont implantés en sous-cutané dans la région glutéale (fig. 1). Les deux interventions sont réalisées au bloc opératoire sous anesthésie locale. A l'heure actuelle, aucun dispositif de NSS avec batterie rechargeable par voie transcutanée n'est encore disponible sur le marché. Par conséquent, la batterie doit être remplacée tous les 5–7 ans environ.

Une des premières grandes études a montré qu'un dispositif de NSS était implanté définitivement chez 90% des patients après la phase de test. Après un suivi de

5 ans, 36% des patients avec implantation d'un dispositif de NSS présentaient une continence fécale complète et chez 89% des patients, le traitement a été jugé réussi en raison d'une amélioration significative des symptômes d'incontinence [6, 7]. La neuromodulation dans la région des racines nerveuses sacrées peut améliorer les symptômes d'incontinence à la fois chez les patients avec sphincters intacts et chez ceux avec défauts sphinctériens qui touchent moins de 120° de la circonférence. Le mécanisme exact n'est toujours pas élucidé. L'amélioration de l'incontinence après pose d'un dispositif de NSS ne peut guère être documentée au moyen des modalités d'examen courantes [8]. Le traitement par NSS s'avère également prometteur chez les patients avec incontinence fécale d'origine neurologique ou en cas de «low anterior resection syndrome» (LARS) après des résections rectales basses [9]. Les complications les plus fréquentes sont des infections de plaies et des douleurs locales dans la zone de modulation (10%) [6].

Neurostimulation tibiale percutanée (PTNS)

Dans le cadre du traitement par PTNS, le nerf tibial postérieur est stimulé par voie transcutanée au moyen d'une électrode. Le traitement est mis en œuvre à un rythme hebdomadaire, à raison de 10–12 séances au total. Initialement, de bons résultats, avec une réduction significative du taux d'incontinence fécale, ont été obtenus [10], mais l'effet positif n'a pas pu être confirmé dans une nouvelle grande étude multicentrique randomisée [11]. Dans le cadre d'un traitement de 12 semaines par PTNS versus stimulation factice au niveau de l'avant-pied latéral, aucun bénéfice clinique de la PTNS n'a pu être montré. De même, une méta-analyse récemment publiée montre des résultats nettement meilleurs du point de vue fonctionnel, ainsi qu'en termes de réduction du taux d'incontinence et de qualité de vie pour le traitement par NSS par rapport à la PTNS [12]. Malgré la littérature disponible, nous avons recours à la PTNS dans notre clinique, car d'après notre expérience, l'acceptation du traitement par les patients est nettement meilleure pour la PTNS que pour la NSS.

Injections d'agents gonflants

Chez les patients souffrant d'incontinence fécale passive, l'injection d'agents gonflants («bulking agents», à base de matériaux synthétiques / collagène bovin / substances autologues) peut entraîner une amélioration temporaire de la continence. Une élévation de la pression sphinctérienne au repos en raison du volume supplémentaire injecté est évoquée comme mécanisme d'action potentiel. Dans l'ensemble, les données disponibles sont peu convaincantes pour une utilisation routinière de ces produits. Dans des cas sélectionnés

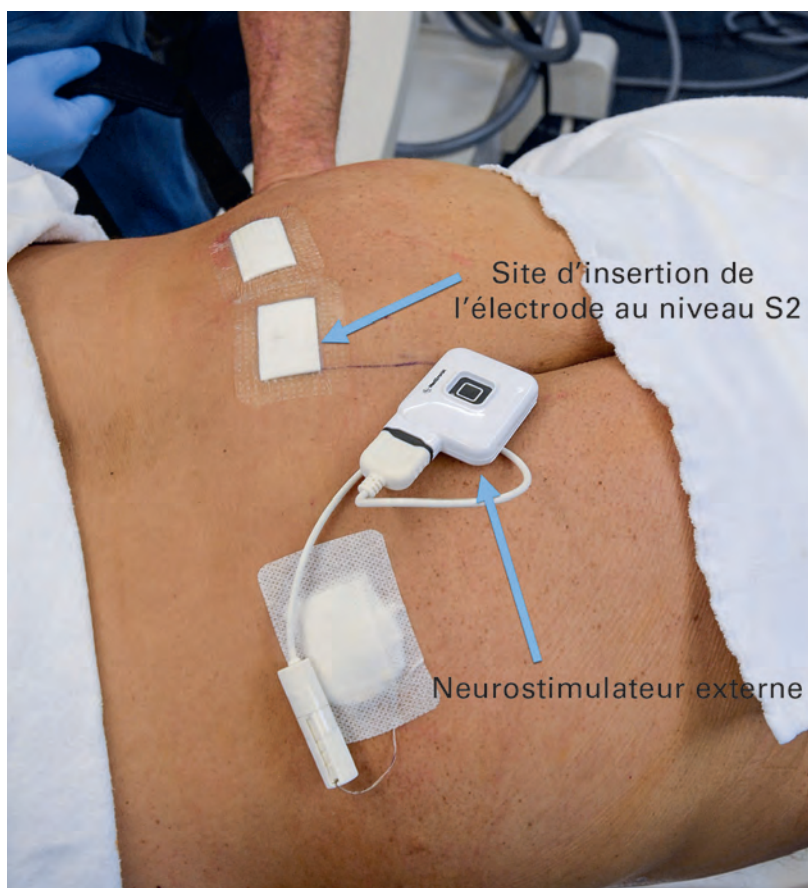


Figure 1: Photo intra-opératoire, après mise en place du neurostimulateur sacré temporaire.

réfractaires aux traitements, nous utilisons le produit à base de collagène Permacol®. L'injection s'effectue sous contrôle proctoscopique au niveau sous-muqueux, dans la région du canal anal proximal. Nous constatons une bonne réponse subjective des patients au traitement, sachant que des injections répétées sont nécessaires dans >50% des cas pour obtenir l'effet thérapeutique souhaité. En accord avec la littérature, nous observons une amélioration des symptômes d'incontinence durant quelques mois après une injection de Permacol® [13]. Le traitement au moyen d'agents gonflants ne fait pas partie des prestations obligatoires des caisses-maladie en Suisse et une demande de prise en charge des coûts doit dès lors être déposée en cas de souhait d'un tel traitement.

Sphinctéroplastie

La sphinctéroplastie en paletot ou bout-à-bout est un traitement établi depuis des décennies et en cas d'indication correcte, elle affiche un taux de succès à court terme pouvant atteindre 90%. Malheureusement, on assiste à une diminution progressive du succès thérapeutique d'env. 50% après 5 ans. La satisfaction subjective des patients après réparation sphinctérienne reste néanmoins élevée durant des années [14]. La morbidité associée à l'intervention est globalement faible. Les troubles de la cicatrisation des plaies en post-opératoire représentent le problème le plus fréquent (6–35%) [15]. En cas de lésions traumatiques et de lésions du postpartum (traumatismes obstétricaux, empalement), la plastie devrait si possible être réalisée directement après le traumatisme. Une réparation plus tardive (3–6 mois après le traumatisme) est possible, mais elle montre de moins bons résultats à long terme. Contrairement aux premières études de Parks sur cette technique, une colostomie temporaire concomitante n'est normalement plus réalisée aujourd'hui [14].

Traitement de l'incontinence fécale réfractaire

Graciloplastie dynamique / implantation d'un sphincter artificiel

En cas d'incontinence fécale réfractaire, il est possible de recourir à des interventions invasives, telles que la graciloplastie dynamique ou l'implantation d'un sphincter artificiel. Ces techniques sont connues depuis longtemps, mais elles ont été peu utilisées et n'ont guère été perfectionnées. Les sphincters artificiels sont composés d'une manchette gonflable par pompe et d'un réservoir de liquide intégré [16]. La manchette gonflée entraîne une fermeture mécanique du canal anal

pour assurer la continence. Les données disponibles concernant l'utilisation de ces systèmes sont maigres. Une continence complète ne peut pas être obtenue. Un taux élevé de complications avec nécessité d'explanter le dispositif (30–40%) est décrit dans la littérature [17]. Dans le cadre de la graciloplastie dynamique, le muscle gracile est mobilisé en préservant l'insertion proximale et enroulé de façon circulaire autour du canal anal. Le muscle est tonifié en continu par un stimulateur, ce qui doit entraîner un rétrécissement du canal anal et une amélioration de la continence. Une réduction du taux d'incontinence fécale de >50% est observée 2 ans après la graciloplastie chez env. 50% des patients. Les infections (28%) et le dysfonctionnement du stimulateur (15%) sont les complications les plus fréquemment documentées [18]. Une étude multicentrique prospective datant de 1999 (probablement la plus grande à ce jour) décrit un échec thérapeutique dans 41% des cas, ainsi que des complications majeures au niveau de la plaie dans 33% des cas [19]. Globalement, il n'existe quasiment pas de cliniques qui réalisent régulièrement les techniques décrites (sphincter artificiel, graciloplastie), sans doute en raison des bonnes méthodes alternatives disponibles et des mauvais résultats de ces techniques. Dans notre clinique également, nous n'avons que très rarement recours à la graciloplastie (par ex. en cas de traumatismes obstétricaux très étendus ou d'absence totale de périnée) [20].

Sphincter magnétique

Une autre innovation en cas d'incontinence fécale réfractaire aux traitements est le sphincter magnétique ou «magnetic anal sphincter augmentation» (MAS). Un anneau de billes magnétiques est positionné chirurgicalement autour du canal anal et vient ainsi renforcer un appareil sphinctérien abîmé. Dans un article de Sugrue *et al.* paru en 2017, les premiers résultats à long terme (5 ans) ont été présentés. Chez 53% des patients inclus, le traitement par MAS était jugé réussi après 5 ans (réduction de >50% des épisodes d'incontinence fécale). Chez 23% des patients de l'étude, le système MAS a dû être retiré au cours de la période de suivi en raison de diverses complications [21]. Une publication plus récente datant d'avril 2018 décrit le cas d'une implantation «assistée par robot» d'un sphincter magnétique [22]. Le système FENIX connu jusqu'alors a été retiré du marché par le fabricant en avril 2017 pour des raisons stratégiques. Nous ignorons si des systèmes comparables sont actuellement sur le marché ou en planification. Bien que des études comparatives fassent pour l'instant défaut, ce système semble être une bonne option chirurgicale en cas d'incontinence fécale réfractaire.

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

Colostomie

En cas d'incontinence fécale réfractaire aux traitements et de souffrance persistante, une colostomie peut être évaluée comme option. Dans ces cas, une sigmoïdostomie à double canon laparoscopique est habituellement réalisée. Il s'agit d'une chirurgie relativement simple, qui est associée à une faible morbidité (problèmes cutanés, hernie parastomale). La satisfaction des patients après la pose d'une colostomie en cas d'incontinence fécale est élevée. Dans l'étude de Nor-

ton et al., 84% des patients seraient prêts à subir à nouveau une stomie pour une incontinence fécale [23]; dans une autre étude de Colquhoun et al., 39 patients évalués avec stomie présentaient une meilleure qualité de vie que ceux avec incontinence fécale persistante [24]. Globalement, cette solution est rarement souhaitée par les patients en raison d'une qualité manifestement plus acceptable avec les formes thérapeutiques décrites plus haut [25].

Perspectives

Une nouvelle approche thérapeutique qui mérite d'être mentionnée est l'implantation de «cylindres» de 3 mm d'épaisseur et de 23 mm de longueur (SphinKeeper™) dans l'espace intersphinctérien. Les cylindres se gonflent après avoir été en contact avec du liquide et s'adaptent à l'anatomie individuelle. L'objectif est d'obtenir une augmentation de volume au niveau intersphinctérien et donc une amélioration de la continence. Des études randomisées font défaut [26].

Une autre nouvelle approche destinée à améliorer la continence est l'injection de myoblastes autologues dans le sphincter. L'étude de phase 2 récemment publiée de Boyer et al. a montré une réduction significative de l'incontinence 12 mois après l'injection intrasphinctérienne de myoblastes autologues. Ce traitement encore expérimental pour l'instant n'a pas entraîné de complications pertinentes et a été bien toléré. À l'avenir, cette stratégie innovante pourrait se révéler être une alternative à l'implantation d'un dispositif de NSS, qui est plus invasive [27].

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.2019.08242>.

L'essentiel pour la pratique

- Le traitement doit être mis en œuvre par paliers et il débute par des mesures conservatrices qui, dans un grand nombre de cas, entraînent déjà une amélioration satisfaisante.
- En cas d'échec des mesures conservatrices, la physiothérapie du plancher pelvien avec biofeedback est recommandée et elle fait également partie du traitement de base dans pratiquement toutes les formes d'incontinence fécale.
- En cas de réponse insuffisante à une physiothérapie du plancher pelvien spécialisée avec biofeedback, il convient de discuter de la mise en place d'un dispositif de neurostimulation sacrée (NSS) ou d'un traitement par neurostimulation tibiale percutanée (PTNS).
- En cas de défauts sphinctériens consécutifs à un accouchement par voie vaginale ou à un autre traumatisme, une sphinctéroplastie devrait être réalisée précocement. En cas de défauts sphinctériens plus anciens et d'incontinence fécale de survenue récente, une sphinctéroplastie peut être évaluée en cas d'échec des mesures moins invasives (agents gonflants, NSS).
- La graciloplastie et l'implantation d'un sphincter artificiel sont des options thérapeutiques qui ne sont que très rarement mises en œuvre dans la pratique et elles peuvent être envisagées dans les cas extrêmes ou en cas de grande souffrance, lorsque les mesures conservatrices et chirurgicales n'entraînent pas d'amélioration. La colostomie est une intervention chirurgicale généralement facile à réaliser, qui représente également une option si les autres traitements n'ont pas apporté de résultat satisfaisant.