

# Incontinence anale : que proposer aux patients ?

 **Véronique VITON**

 Service de Gastroentérologie, Hôpital NORD - Assistance Publique Hôpitaux de Marseille - Aix Marseille Université - Chemin des Bourrely - 13915 MARSEILLE Cedex 20

 [Veronique.VITON@ap-hm.fr](mailto:Veronique.VITON@ap-hm.fr)

## Introduction

L'incontinence anale (IA) est un symptôme invalidant défini par l'émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides ou solides. Sa prévalence en France est de l'ordre de 5 à 10 % tout âge confondu (1). Néanmoins, ce chiffre sous-estime vraisemblablement la réalité en raison du tabou qui entoure encore ce symptôme comme l'avait démontré une étude réalisée en région Rhône-Alpes indiquant que 80 % des praticiens (médecins traitants et gynécologues) ignoraient l'IA de leurs patients (2).

L'IA peut être due à des maladies neurologiques (sclérose en plaques, lésion médullaire, démence, accident vasculaire cérébral...), à des maladies générales (diabète, sclérodermie...) ou à des causes locales périnéales. Dans ces derniers cas, les lésions obstétricales sont au premier rang des étiologies avec les ruptures sphinctériennes anales (30 % des primipares) et les neuropathies d'étirement. Les autres causes locales sont les séquelles de radiothérapie, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et la chirurgie ano-rectale. Plus récemment, une étude a montré qu'une pratique sportive intensive (plus de 8 h de sport par semaine) était un facteur de risque d'IA dans une population de femmes jeunes sans antécédent obstétrical (3). Enfin, il est important de noter que la constipation distale chronique avec efforts de poussée exagérés répétés peut être à l'origine d'une IA par neuropathie d'étirement et que, dans ce cas, la prévention joue un rôle fondamental.

## Place des explorations dans l'IA

Il est important de noter que les explorations ne sont pas systématiquement nécessaires avant de débiter un traitement de première intention. En effet, l'interrogatoire et l'examen clinique ont un rôle fondamental pour identifier les mécanismes de l'IA et orienter la prise en charge. L'examen clinique est souvent suffisant dans le bilan initial de l'IA (4). Il permettra notamment d'apprécier de manière satisfaisante le tonus et la contraction des sphincters et la présence ou non de matières dans l'ampoule rectale. En effet, la prise en charge d'une IA à rectum plein différera significativement de celle d'une IA à rectum vide.

Les examens disponibles sont : la manométrie ano-rectale, l'échographie endo-anale, l'électromyogramme, la colpo-cystodéfécographie (et/ ou la déféco-IRM).

Dans tous les cas il faudra savoir éliminer une pathologie organique et une coloscopie sera réalisée selon les recommandations en vigueur.

Dans le bilan de l'IA les explorations ont pour objectif de quantifier objectivement le handicap, de rechercher des associations fonctionnelles, d'identifier les éléments de moins bon pronostic et de choisir les thérapeutiques les plus adaptées.

### Manométrie ano-rectale (MAR)

La MAR permet non seulement d'évaluer de manière objective la fonction sphinctérienne mais également de rechercher une cause rectale en évaluant la sensibilité rectale et le volume maximal tolérable. Une hypotonie anale de repos évoque une atteinte du

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les mécanismes de l'incontinence anale
- Connaître les causes
- Connaître les explorations utiles au diagnostic et leurs indications
- Connaître les traitements et leurs indications

### LIENS D'INTÉRÊTS

Medtronic, Coloplast

### MOTS-CLÉS

Incontinence anale, ralentisseurs du transit, rééducation, neuro modulation

sphincter anal interne, une contraction volontaire faible est en faveur d'une atteinte du sphincter anal externe. Dans 25 % des cas les pressions anales sont normales, on parle alors d'IA à pressions normales. Dans ce cas, il faudra savoir reprendre l'histoire clinique du patient et rechercher une étiologie colique (tumeur villositaire, colite...) ou plus générale (iatrogénie, diarrhée chronique). Inversement, si la contraction volontaire est totalement nulle avec une pression de repos normale, il faudra rechercher une éventuelle pathomimie. Dans ce cas, le réflexe recto-anal inhibiteur et le réflexe à la toux seront présents et normaux.

Concernant l'évaluation de la sensibilité rectale, une augmentation des volumes seuils de sensibilité rectale est évocatrice d'un mégarectum fonctionnel. Il s'agit alors le plus souvent d'une IA passive, avec suintements, sans urgence défécatoire. À l'opposé, une diminution des volumes seuils de sensibilité rectale est généralement en faveur d'une rectite (radique, inflammatoire) ou d'un prolapsus rectal.

La MAR est utile avant rééducation. De plus, les données de la MAR peuvent, avec les nouvelles techniques haute résolution 3D, orienter et préciser les modalités de rééducation abdomino-périnéale (5). En revanche, les données de la MAR n'ont pas de valeur pronostique sur l'efficacité des différents traitements (6).

Enfin, la MAR est importante en cas d'indication chirurgicale. En effet, si les résultats de la MAR ne modifieront que très rarement l'indication chirurgicale, ils permettront d'avoir une évaluation objective de la valeur fonctionnelle du sphincter anal et de la sensibilité rectale et d'anticiper éventuellement certaines complications.

### **Échographie endo-anale (EEA)**

L'EEA est l'examen de référence pour la visualisation anatomique des sphincters anaux interne et externe (7). Sa sensibilité et sa spécificité vont de 83 à 100 % pour le diagnostic de rupture sphinctérienne avec une bonne corrélation avec les séries chirurgicales (8,9). Son objectif est d'évaluer l'étendue et la hauteur de la rupture sphinctérienne avant de poser l'indication d'une réparation sphinctérienne (externe). Une rupture du sphincter anal externe sera considérée comme significative à partir d'une extension de 90°. La limite

supérieure de possibilité de réparation varie selon les équipes de 120 à 160°. L'EEA a donc un rôle indéniable dans la stratégie thérapeutique de l'IA.

### **Électromyogramme ano-périnéal (EMG)**

L'EMG a pour objectif de déterminer la localisation, les mécanismes et la sévérité de différents types de lésions du système nerveux périphérique ou central. L'EMG de détection permet le diagnostic positif de dénervation musculaire, le diagnostic topographique (étendue de l'atteinte à l'ensemble du sphincter ou lésion localisée *in situ*) et surtout l'évaluation pronostique (perte axonale aigue évolutive, processus de ré-innervation, processus de dénervation). Dans certaines situations complexes, en particulier quand il existe une pathologie neurologique, les tests neurophysiologiques peuvent être également utiles dans le diagnostic précis d'un dysfonctionnement ano-rectal. Les autres tests de stimulo-détection contribuent, avec l'examen de détection, à préciser, s'il en est besoin, le type et l'étendue de l'atteinte (implication du contingent sensitif, niveau de l'atteinte, suprasegmentaire, radiculo-médullaire ou plexique). Seuls les potentiels cutanés sympathiques permettent une approche du fonctionnement végétatif périnéal. La mesure de la latence distale motrice du nerf pudendal recherche un retard de conduction distale du nerf comparativement au recueil controlatéral. Ces applications se retrouvent dans le diagnostic d'une neuropathie canalaire du nerf pudendal.

En pratique, à l'heure actuelle les explorations neurophysiologiques sont de moins en moins réalisées dans le cadre du bilan classique de l'IA. Néanmoins, elles gardent une place dans certains cas spécifiques et/ ou complexes et peuvent surtout présenter un intérêt médico-légal.

### **Colpo-cysto-défécographie (CCD) et déféco-IRM ou IRM pelvienne dynamique**

La CCD est un examen à la fois morphologique et fonctionnel. Elle permet, par opacification de l'ampoule rectale avec traceur dans le canal anal, la mesure de l'angle anorectal au repos, en poussée retenue et en évacuation, l'évaluation de la descente périnéale, la recherche d'une rectocèle, de son type (haute ou basse) et de son caractère fonctionnel

en fin d'évacuation. Il est souhaitable de la compléter, au minimum, par une opacification préalable des anses grêles pour recherche d'entérocéle, ou mieux, par une opacification vaginale et vésicale permettant une pelvigraphie. L'opacification des autres « compartiments » du périnée (filrière urinaire et gynécologique) est également très importante pour réaliser un bilan périnéal complet. Ainsi, les rapports d'une rectocèle et d'une cystocèle et l'existence d'une élytocèle dans une colpocèle peuvent être aisément visualisés et bénéficier d'une approche globale (10,11).

Cependant, sur le plan diagnostique, le rôle de la CCD reste limité dans le bilan d'une IA. Sa place est essentiellement dans un contexte de bilan pré-opératoire, permettant une prise en charge globale périnéologique.

La place de la déféco-IRM est identique à celle de la CCD. Elle a pour avantage d'être non irradiante et de visualiser les parties molles. Le choix de l'une ou l'autre des techniques d'imagerie dépendra de leurs disponibilités et des habitudes de chaque équipe.

---

## **2013 : de nouvelles recommandations thérapeutiques**

---

Le traitement de l'IA est le plus souvent symptomatique. Il a longtemps été limité à des règles hygiéno-diététiques, à des ralentisseurs du transit et à des traitements chirurgicaux invasifs. Depuis plusieurs années, de nouvelles techniques conservatrices, comme la stimulation tibiale postérieure ou la neuromodulation des racines sacrées, se sont développées permettant d'offrir de nouvelles options thérapeutiques efficaces.

Afin de faire le point sur les différents traitements disponibles et leur niveau de preuve scientifique, un groupe de travail formé au sein de la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP) a publié en 2013 les nouvelles recommandations françaises pour la prise en charge de l'incontinence anale (12). On peut schématiquement considérer qu'il existe trois niveaux de traitement de l'IA : 1. Un premier niveau conservateur ; 2. Un deuxième niveau dit « mini-invasif » ; 3. Un troisième niveau invasif.

## Traitement conservateur de l'incontinence anale

Loin d'être une fatalité, l'IA peut être améliorée par un traitement conservateur chez 61 % des patients (13). Il repose sur des règles hygiéno-diététiques, l'utilisation de certains médicaments ou dispositifs médicaux, la rééducation périnéale (ano-rectale), la stimulation tibiale postérieure, et les irrigations trans-anales.

### Règles hygiéno-diététiques

La régulation du transit et de la consistance des selles est un objectif prioritaire chez les patients souffrant d'IA. Il est donc important de connaître leur régime alimentaire et, en cas de selles liquides ou molles, l'adjonction de fibres alimentaires surtout solubles peut significativement améliorer les symptômes (14). En effet, l'obtention de selles plus moulées (types 3 et 4 sur l'échelle de Bristol) permet d'obtenir un transit plus régulier et de réduire les urgences défécatrices. En revanche, chez des patients ayant une IA malgré des selles moulées, le régime alimentaire aura *a priori* peu d'effets bénéfiques. En revanche, il n'y a pas de recommandation concernant l'utilité ou le risque de la consommation de certaines boissons (caféine...).

### Traitement médical

Les ralentisseurs du transit (loperamide et codéine) sont les molécules qui ont été les plus étudiées dans cette indication avec une bonne efficacité dans des études de bon niveau scientifique. Elles sont surtout utiles chez les patients ayant des selles molles ou liquides mais sans efficacité démontrée en l'absence de diarrhée (15,16).

Les mucilages peuvent également être proposés en cas d'IA aux selles liquides. En revanche, en cas de selles de consistance normale leur prescription a peu d'intérêt. La cholestyramine peut également être prescrite en cas de selles molles ou liquides. En pratique clinique, ces différents médicaments peuvent être essayés à tour de rôle, à des posologies variables. La réalisation d'un calendrier des selles avec une évaluation de la qualité des selles est une aide précieuse pour guider l'adaptation thérapeutique.

Les suppositoires et les lavements peuvent également être particulièrement efficaces lorsque l'IA est

associée à des troubles de l'évacuation rectale (rectum plein au toucher rectal). L'aide à la vidange rectale est alors un point essentiel du traitement et la prescription de suppositoires ou de lavements quotidiens ou 1 jour sur 2 peut être proposée (12). Enfin, les probiotiques sont fréquemment prescrits en pratique malgré l'absence de données scientifiques d'un niveau de preuve élevé dans cette indication. Néanmoins, leur utilisation peut améliorer les symptômes, essentiellement par la modification de la consistance des selles comme cela a été rapporté avec l'utilisation de Lactobacilles (17).

Chez les femmes ménopausées, l'hormonothérapie substitutive, générale ou locale, n'est pas suffisante et reste un sujet trop débattu pour être recommandé dans cette indication.

### Rééducation périnéale

En cas d'échec du traitement médical de première intention, une rééducation périnéale (ano-rectale) pourra être proposée, incluant à la fois un abord périnéal mais également abdominal (on parle de rééducation « abdomino-périnéale »). Le plus souvent, la mise en place de ce traitement devra être précédée de la réalisation d'une MAR afin de mieux guider la prise en charge (5). Il existe différentes techniques de rééducation mais le biofeedback est le plus efficace avec des taux de succès de 60 à 80 % à 6 et 12 mois (l'électrostimulation ne devant pas être utilisée seule). Le nombre moyen de séances nécessaires est de l'ordre de 10 à 20 avant de réévaluer le patient, ces séances étant réalisées chez des kinésithérapeutes spécialisés (18,19). Ce traitement est d'autant plus efficace que le patient est jeune avec des symptômes récents et peu sévères. En revanche, des troubles de la statique pelvienne majeurs, une dénervation périnéale, une manque de motivation ou un syndrome dépressif sont associés à un taux d'échec plus élevé (20).

### Stimulation tibiale postérieure : TENS (« Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation »)

LE TENS (Urostim 2®) est une méthode non invasive initialement développée dans le traitement de l'incontinence urinaire. Si deux techniques existent, percutanée avec des électrodes aiguilles (pTENS); ou transcutanée avec des électrodes adhésives (TENS), c'est essentiellement cette dernière

qui est utilisée en France. Cette technique a pour intérêt d'être utilisée à domicile par le patient de manière totalement autonome. Elle consiste à placer deux électrodes adhésives sur le trajet du nerf tibial postérieur, une sous la malléole interne, l'autre 10 cm au-dessus environ. L'ensemble est relié à un boîtier de stimulation simple d'utilisation et le patient doit utiliser ce système tous les jours, pendant 20 minutes pour une durée minimale de 3 mois, le dispositif étant remboursé par la Sécurité sociale. Le mécanisme d'action est mal élucidé mais fait vraisemblablement intervenir la mise en jeu d'afférences et de réflexes somato-sympathiques associée à un effet sur la sensibilité rectale (21).

Dans une première étude en 2003, Shafik *et al.* rapportaient, chez 32 patients, une efficacité de 78,2 % à 4 semaines (22). Queralto *et al.* ont publié en 2006 la première étude française sur l'efficacité du TENS avec une efficacité de 60 % à 4 semaines (23). Dans la littérature, on dispose majoritairement d'essais ouverts avec un taux de succès rapporté global variant de 30 à 83 % et des suivis allant de 1 à 30 mois (24). Néanmoins, quatre essais randomisés ont été publiés, 1 avec le TENS, 3 avec le pTENS. L'essai randomisé multicentrique évaluant le TENS chez 144 patients est l'étude française de Leroi *et al.* (25). Cette étude est considérée comme négative sur le critère principal de jugement (nombre d'urgences hebdomadaires) mais, si la différence n'atteignait pas la significativité, le score de sévérité de l'IA était plus amélioré dans le groupe actif ( $p = 0,06$ ). De plus, les médecins évaluateurs ont estimé que la stimulation était significativement plus efficace dans le groupe de patients recevant une stimulation active ( $p = 0,01$ ). Dans l'étude de Horrocks *et al.* incluant 227 patients, le critère de jugement principal (réduction de 50 % des épisodes d'IA à 2 semaines) n'était pas atteint mais une réduction significative ( $p = 0,02$ ) du nombre d'épisodes hebdomadaires d'IA (et en particulier des urgences) était rapportée (26). La même équipe a ensuite rapporté les résultats à 12 semaines. Si le critère de jugement principal n'était pas atteint, une diminution significative du nombre d'épisodes d'IA et d'urgences par semaine était toujours significative dans le groupe pTENS avec par ailleurs une amélioration significative du « patient

centred outcomes » et une diminution significative de la consommation de l'opéramide (27). Enfin, deux ans plus tard, Van der Wilt *et al.* publiait une autre étude rapportant, cette fois-ci, une réduction significative de 50 % du nombre d'épisodes d'IA/semaine mais pas du nombre moyen d'épisodes hebdomadaire d'IA (28). Les résultats de ces quatre études randomisées soulignent la difficulté du choix du critère de jugement principal et la nécessité d'une grande prudence dans la lecture et l'interprétation des résultats.

Dans tous les cas, cette technique a pour avantages d'être simple, non invasive, non onéreuse, et utilisable à domicile. En cas de succès, le traitement pourra être poursuivi mais il n'y a pas de consensus clair sur le rythme de stimulation qui sera variable selon les patients. De prochains travaux devront déterminer l'intérêt d'une stimulation bilatérale, biquotidienne ou associée à d'autres mesures.

### **Irrigation transanale (ITA)**

L'ITA (système Peristeen®) est un dispositif apparu sur le marché français en 2009 et initialement destiné aux patients, adultes ou enfants, atteints de maladies neurologiques chroniques (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, traumatisme médullaire, spina bifida...) et souffrant de troubles digestifs associant constipation et incontinence. Le principe est simple, permet d'améliorer l'autonomie du patient et consiste à réaliser un lavement « étanche » en moyenne un jour sur deux. Ce traitement est indiqué en deuxième intention, après échec d'un traitement médical bien conduit. L'ITA permet non seulement d'améliorer les symptômes digestifs dans environ 60 % des cas, mais également de réduire le nombre d'infections urinaires et d'améliorer significativement la qualité de vie des patients (29-31). Les données de la littérature ont également démontré l'intérêt médico-économique des ITA chez les patients neurologiques (32). Ce traitement a également prouvé son efficacité et sécurité d'utilisation à long terme (> 2 ans) (33). La cause d'échec la plus souvent rapportée dans la littérature est l'absence de compliance et d'adhésion au traitement de la part du patient qui souligne le rôle fondamental de l'éducation dans la mise en place et le suivi de ce traitement (34). La

prescription initiale (valable 6 mois) devra être faite par un gastroentérologue, un chirurgien viscéral ou un médecin rééducateur mais la reconduite du traitement pourra être réalisée par le médecin traitant.

### **Obturateurs anaux**

Les tampons obturateurs anaux peuvent être d'une aide quotidienne précieuse en terme de qualité de vie. Ils sont simples à utiliser, remboursés par l'Assurance Maladie et ont un rôle « social » rassurant non négligeable.

---

## **Traitement « mini-invasif »**

---

### **Neuromodulation des racines sacrées (NMS)**

Le traitement mini-invasif est essentiellement représenté par la NMS. Comme le TENS, cette technique a initialement été mise au point pour le traitement de l'incontinence urinaire et fait probablement intervenir des réflexes somato-sympathiques par la mise en jeu d'afférences. Depuis la première publication en 1995, de nombreuses études ont rapporté l'efficacité de la NMS dans la prise en charge de l'IA (35). C'est actuellement l'un des traitements de référence et des plus efficaces de l'IA avec un taux de succès de 75 à 100 % et un suivi de plusieurs années (36,37). Cette technique consiste à stimuler les nerfs sacrés de manière permanente à l'aide d'une électrode implantée au contact du nerf à sa sortie du foramen sacré et d'un stimulateur placé sous la peau dans la région lombaire. L'intervention se déroule en deux phases. Au cours de la première phase de test (15 jours à 3 semaines), l'électrode seule est implantée et est reliée à un boîtier externe. En cas d'amélioration significative des symptômes (réduction d'au moins 50 % des épisodes d'incontinence), la deuxième phase de l'intervention consiste en la mise en place définitive du boîtier sous anesthésie locale ou générale. La durée de « vie » prévue du boîtier est de l'ordre de 5 à 8 ans en fonction de l'intensité de stimulation (des modifications des réglages pouvant se faire par télémetrie grâce à un boîtier « télécommande » en cas de modification des symptômes). Elle est actuellement indiquée en cas d'IA avec au moins un accident par semaine, après échec des traitements

conservateurs et peut être proposée même en cas de rupture sphinctérienne anale. Elle a aussi pour intérêt de pouvoir être proposée aux patients souffrant de double incontinence, anale et urinaire.

### **Irrigation antérograde**

L'irrigation colique antérograde, par cœcostomie chirurgicale (technique de Malone) ou endoscopique, permet au patient de réaliser lui-même des lavements coliques à domicile (généralement 1 jour/2). Elle donne de très bons résultats avec un taux de succès de 90 % chez l'enfant et de 50-80 % chez l'adulte. Cette technique est généralement indiquée dans des contextes de maladie neurologique chronique, chez l'enfant comme chez l'adulte (38-41).

### **Injections d'agents comblants**

Différentes stratégies d'injections de biopolymères (essentiellement collagène, acide hyaluronique) ont été rapportées dans la littérature. L'indication est essentiellement l'incontinence passive. L'objectif est d'augmenter le tonus du canal anal avec des résultats intéressants mais parfois discordants et un taux de succès global de 40 à 67 % avec des suivis jusqu'à 24 mois (42-45). Les injections peuvent être réalisées dans l'espace inter-sphinctérien ou en sous-muqueux, au niveau d'une lésion identifiée ou en trois points. Les modifications des données manométriques sont très variables selon les études.

Une autre technique, proche de ces injections, est la technique « Gatekeeper » décrite pour la première fois par l'équipe de Carlo Ratto en 2011 (46). Cette technique consiste à insérer 4 à 6 cylindres de polyacrylonitrile en couronne autour du canal anal. La particularité de ces cylindres est de s'expandre en diamètre dans un second temps. Une amélioration de la pression de repos mais également de la contraction volontaire ont été rapportées avec ce dispositif. Dans les études disponibles, « Gatekeeper » obtient des résultats particulièrement intéressants (50 % d'efficacité) avec des suivis allant presque jusqu'à 3 ans (47-49).

Si les données actuelles n'ont pas permis de recommander cette technique, elle reste un traitement simple, ambulatoire, avec peu d'effets secondaires rapportés mais actuellement peu proposée en France.



---

## Traitement chirurgical « invasif »

---

Des traitements chirurgicaux plus invasifs peuvent être proposés aux patients souffrant d'IA sévère. Néanmoins en raison de l'efficacité des traitements conservateurs et de la NMS, leurs indications sont relativement peu fréquentes.

La réparation sphinctérienne directe (sphinctérorraphie) est la méthode de choix lorsqu'une rupture sphinctérienne externe est accessible à une réparation (en particulier les ruptures post-obstétricales, surtout lorsqu'elles sont récentes). Elle est indiquée en cas de rupture du sphincter anal externe de moins de 50 % de la circonférence et offre un taux de succès de 70 à 80 %. Sa place, avant ou après la NMS, est à discuter au cas par cas en fonction du principal mécanisme impliqué dans les symptômes. Sa morbidité est acceptable et, si les résultats semblent se dégrader dans le temps (5 ans environ), une réintervention est possible (50). Les techniques de transposition musculaire, graciloplastie et graciloplastie dynamique, consistant à réaliser une plastie musculaire autologue périanales, sont actuellement très peu pratiquées et ont des indications restreintes en raison de la lourde morbidité qui leur est associée ainsi qu'une fréquente nécessité de réintervention. Le sphincter artificiel Acticon® Néosphincter n'est actuellement plus remboursé dans le cadre du traitement de l'incontinence anale en raison notamment de complications infectieuses et techniques. Ce dispositif comportait une manchette entourant le canal anal, une pompe mise en place au niveau des organes génitaux externes et un ballonnet sous péritonéal latéro-vésical. Le sphincter anal magnétique Fenix™ s'est développé dans un second temps. Ce système, constitué de billes aimantées reliées par des fils de titane, est positionné de manière circulaire autour du canal anal et permet ainsi un renforcement « passif ». Lors de l'exonération le patient pousse de manière physiologique et la force ainsi générée écarte les billes permettant l'ouverture du canal anal. Les premiers résultats de ce sphincter magnétique étaient prometteurs (51). Néanmoins, pour différentes raisons, ce dispositif n'est plus commercialisé non plus.

Enfin, en cas d'échec des précédents traitements et devant une incontinence sévère, une colostomie peut être envisagée. Néanmoins, même si elle est généralement proposée en dernier recours, la colostomie, ne doit pas être considérée comme un échec puisqu'elle peut au contraire améliorer l'autonomie et la qualité de vie quotidienne de nombreux patients.

---

## Perspectives thérapeutiques

---

### Thérapie cellulaire

La thérapie cellulaire est un traitement moderne et particulièrement séduisant dans différentes applications médicales. Dans le domaine de l'IA, la thérapie cellulaire apparaît comme une solution possible pour la réparation et le remplacement de cellules et de tissus. Le terme « cellules souches » correspond à une population particulière de cellules très hétérogènes. En effet, chaque type de cellules souches est caractérisé par des capacités inégales de différenciation et de prolifération et par des méthodes d'extraction à partir d'un tissu source différent (cellules hématopoïétiques, tissu musculaire ou tissu adipeux). Concernant le traitement de l'IA, la majorité des études actuellement publiées concernent l'animal. Néanmoins, des études menées chez l'homme, dont des études randomisées, commencent à donner des résultats encourageants. Les modalités de traitement varient selon les travaux concernant le site d'injection (dans la rupture sphinctérienne ou autour), les modalités (injection « simple » ou sur une matrice), ou l'association à un traitement adjuvant (électrostimulation) mais les cellules souches sont majoritairement d'origine myoblastique et la cible est le plus souvent le sphincter anal externe. La plupart d'entre elles rapportent une efficacité clinique évaluée sur des scores de symptômes et de qualité de vie avec des suivis allant jusqu'à 5 ans (52).

Si la thérapie cellulaire apparaît prometteuse, de nombreuses questions restent à régler : les indications, les patients concernés, le type de cellules le plus adapté, la standardisation de la préparation des cellules et le profil de sécurité notamment oncologique. De plus, à l'heure

actuelle, le coût de ce traitement et les contraintes liées à sa mise en place en font un traitement réservé aux centres experts dans le cadre de protocoles de recherche.

### Injection rectale de Toxine Botulinique

L'utilisation des injections de toxine botulinique (TB) est connue au niveau périnéal pour le traitement des douleurs pelviennes, de la fissure anale, de la constipation distale (injection sphinctérienne) et de l'incontinence urinaire (vessie hyperactive) dans les contextes neurologiques.

Après une première série de cas chez 6 patients, l'équipe d'Anne-Marie Leroi a rapporté les résultats d'une série de patients souffrant d'IA et traités par injection rectale de TB (53,54). Cette étude a inclus 26 patients, 17 avec un rectum natif et 9 avec un réservoir pour antécédent de cancer du rectum. L'injection était réalisée en 10 points sur trois niveaux avec 500 UI de Dysport® (Ipsen/Biotech France). L'IA était de type active chez 16 patients, passive chez 4 patients, et mixte chez 6 d'entre eux. À trois mois, une amélioration significative était observée à la fois sur les symptômes (score de sévérité de l'IA de Cleveland) et sur la qualité de vie (score FIQL) et 69,2 % des patients considéraient être satisfaits du traitement. La durée moyenne d'efficacité a été de 4,5 mois. Peu d'effets indésirables ont été rapportés : 4 constipations, 2 douleurs abdominales et 1 abcès chez un patient ayant un réservoir avec un traitement médical conservateur.

Dans les suites de ce travail prometteur, la même équipe a mis en place un essai national français randomisé contre placebo (étude « TOX-IN ») incluant 200 patients. Les inclusions sont actuellement terminées et l'analyse des résultats est attendue avec beaucoup d'espoir en raison de la simplicité, de la tolérance et du faible coût de cette technique.

### Prévention

La constipation distale chronique avec des efforts de poussée exagérés répétés peut être à l'origine d'une IA par neuropathie d'étirement. Cette notion est d'autant plus vraie chez des patientes aux antécédents de rupture sphinctérienne obstétricale ou de toute autre origine. La prévention peut donc jouer un rôle fondamental.

Une meilleure communication sur ce sujet tabou auprès des sages-femmes, des gynécologues, des médecins généralistes et du grand public pourrait être un premier pas.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Denis P, *et al.* [Prevalence of anal incontinence in adults]. *Gastroenterol Clin Biol*, 1992.16(4): p.344-50.
2. Damon H, *et al.* Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol*, 2006.30(1): p.37-43.
3. Vitton V, *et al.* Impact of high-level sport practice on anal incontinence in a healthy young female population. *J Womens Health (Larchmt)*, 2011.20(5): p.757-63.
4. Eckardt VF, Kanzler G. How reliable is digital examination for the evaluation of anal sphincter tone? *Int J Colorectal Dis*. 1993;8(2):95-7
5. Andrianjafy C, Luciano L, Loundou A, Bouvier M, Vitton V. Three-dimensional high resolution anorectal manometry can predict response to biofeedback therapy in defecation disorders. *Int J Colorectal Dis*. 2019 Jun;34(6):1131-1140
6. Sangwan YP, Coller JA, Barrett RC, *et al.* Can manometric parameters predict response to biofeedback therapy in fecal incontinence ? *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 1021-5.
7. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26
8. Deen KI, Kumar D, Williams JG, Olliff J, Keighley MR. Anal sphincter defects. Correlation between endoanal ultrasound and surgery. *Annals of surgery*. 1993;218(2):201-5
9. Sultan AH, Kamm MA, Talbot IC, Nicholls RJ, Bartram CI. Anal endosonography for identifying external sphincter defects confirmed histologically. *Br J Surg*. 1994;81(3):463-5
10. Agachan F, Pfeifer J, Wexner SD. Defecography and proctography : results of 744 patients. *Dis Colon Rectum* 1996;39:899-905.
11. Jorge JMN, Wexner SD, Ehrenpreis ED, *et al.* Does perineal descent correlate with pudendal neuropathy ? *Dis Colon Rectum* 1993;36:475-83.
12. Vitton V, *et al.* Treatments of faecal incontinence: recommendations from the French National Society of Coloproctology. *Colorectal Dis*, 2014.16(3): p.159-66.
13. Demirci S, *et al.* Anal incontinence: the role of medical management. *Gastroenterol Clin Biol*, 2006.30(8-9): p.954-60
14. Bliss DZ, *et al.* Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nursing research*, 2001. 50(4): p. 203-13.
15. Cheetham M, *et al.* Drug treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003(3): p. CD002116. 3
16. Bliss DZ, *et al.* Symptoms associated with dietary fiber supplementation over time in individuals with fecal incontinence. *Nurs Res*, 2011. 60(3 Suppl): p. S58-67.
17. Tarrerias AL, *et al.* The effect of inactivated *Lactobacillus* LB fermented culture medium on symptom severity: observational investigation in 297 patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Dig Dis*, 2011. 29(6): p. 588-91.
18. Solomon MJ, *et al.* Randomized, controlled trial of biofeedback with anal manometry, transanal ultrasound, or pelvic floor retraining with digital guidance alone in the treatment of mild to moderate fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 2003. 46(6): p. 703-10.
19. Norton C and Kamm MA. Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults—a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther*, 2001.15(8): p.1147-54.
20. Martinez-Puente MF M, Pascual-Montero JA, Garcia-Olmo D. Customized biofeedback therapy improves results in fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis*, 2003.7: p.7.
21. Vitton V, Abysique A, Gaigé S, Leroi AM, Bouvier M. Colonosphincteric electromyographic responses to sacral root stimulation: evidence for a somatosympathetic reflex. *Neurogastroenterol Motil*. 2008Apr;20(4):407-16
22. Shafik A, Ahmed I, El-Sibai O, Mostafa RM. Percutaneous peripheral neuromodulation in the treatment of fecal incontinence. *Eur Surg Res*. 2003 Mar-Apr;35(2):103-7
23. Queralto M, Portier G, Cabarroth PH, Bonnaud G, Chofard JP, Nadrigny M, *et al.* Preliminary results of peripheral transcuteaneous neuromodulation in the treatment of idiopathic fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis*. 2006 Oct;21(7):670-2.
24. Thomas, GP, *et al.*, A review of posterior tibial nerve stimulation for faecal incontinence. *Colorectal Dis*, 2013.15(5): p.519-26.
25. Leroi AM, Siproudhis L, Etienney I, Damon H, Zerbib F, Amarenco G, *et al.* Transcutaneous electrical tibial nerve stimulation in the treatment of fecal incontinence: a randomized trial (CONSORT 1a). *Am J Gastroenterol*. 2012 Dec;107(12):1888-96
26. Horrocks EJ, Bremner SA, Stevens N, Norton C, Gilbert D, O'Connell PR, *et al.* Double-blind randomised controlled trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation in the treatment of faecal incontinence: CONTROL of Faecal Incontinence using Distal Neuromodulation (the CONFIDENT trial). *Health Technol Assess*. 2015 Sep;19(77):1-164.
27. Knowles CH, Horrocks EJ, Bremner SA, Stevens N, Norton C, O'Connell PR, *et al.* CONFIDENT study group Percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation for the treatment of faecal incontinence in adults (CONFIDENT): a double-blind, multicentre, pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Oct 24;386(10004):1640-8. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60314-2
28. van der Wilt AA, Giuliani G, Kubis C, van Wunnik BPW, Ferreira I, Breukink SO, *et al.* Randomized clinical trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation in patients with faecal incontinence. *Br J Surg*. 2017 Aug;104(9):1167-1176
29. Christensen P, *et al.* A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology*, 2006.131(3): p.738-47.
30. Christensen P, *et al.* Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 2009.52(2):p.286-92.
31. Mekhael M, Kristensen HØ, Larsen HM, Juul T, Emmanuel A, Krogh K, *et al.* Transanal Irrigation for Neurogenic Bowel Disease, Low Anterior Resection Syndrome, Faecal Incontinence and Chronic Constipation: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2021 Feb13;10(4):753
32. Emmanuel A, Kumar G, Christensen P, Mealing S, Størling ZM, Andersen F, *et al.* Long-Term Cost-Effectiveness of Transanal Irrigation in Patients with Neurogenic Bowel Dysfunction. *PLoS One*. 2016 Aug 24;11(8):e0159394
33. Hamonet-Torny J, Bordes J, Daviet JC, Dalmay F, Joslin F, Salle JY. Long-term transanal irrigation's continuation at home. Preliminary study. *Ann Phys Rehabil Med*. 2013 Mar;56(2):134-42
34. Bildstein C, Melchior C, Gourcerol G, Boueyre E, Bridoux V, Vérin E, *et al.* Predictive factors for compliance with transanal irrigation for the treatment of defecation disorders. *World J Gastroenterol*. 2017 Mar 21;23(11):2029-2036
35. Matzel KE, Stadelmaier U, Hohentellner M, Gall FP. Electrical stimulation of sacral spinal nerves for treatment of faecal incontinence. *Lancet*. 1995 Oct 28;346(8983):1124-7.
36. Matzel KE. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence: its role in the treatment algorithm. *Colorectal Dis*, 2011.13 Suppl2: p.10-4.
37. Leroi AM, *et al.* Efficacy of sacral nerve stimulation for fecal incontinence: results of a multicenter double-blind crossover study. *Ann Surg*, 2005.242(5): p.662-9.
38. Teichman JM, *et al.* Malone antegrade continence enema for adults with neurogenic bowel disease. *The Journal of urology*, 1998.160(4): p.1278-81.
39. Bar-Yosef Y, *et al.* Total continence reconstruction using the artificial urinary sphincter and the Malone antegrade continence enema. *The Journal of urology*, 2011. 185(4): p. 1444-7.

40. Sturkenboom R, van der Wilt AA, van Kuijk SMJ, Ahmad A, Janssen PT, Stassen LPS, *et al.* Long-term outcomes of a Malone antegrade continence enema (MACE) for the treatment of fecal incontinence or constipation in adults. *Int J Colorectal Dis.* 2018 Oct;33(10):1341-1348
41. Ricard J, Quénéhervé L, Lefevre C, Le Rhun M, Chabrun E, Duchalais-Dassonneville E, *et al.* Anterograde colonic irrigations by percutaneous endoscopic caecostomy in refractory colorectal functional disorders. *Int J Colorectal Dis.* 2019 Jan;34(1):169-175.
42. Luo C, *et al.* Systematic review on the efficacy and safety of injectable bulking agents for passive faecal incontinence. *Colorectal Dis.* 2010. 12(4): p. 296-303.
43. Danielson J, Karlbom U, Wester T, Graf W. Injectable bulking treatment of persistent fecal incontinence in adult patients after anorectal malformations. *J Pediatr Surg.* 2020 Mar;55(3):397-402
44. Hong KD, Kim JS, Ji WB, Um JW. Midterm outcomes of injectable bulking agents for fecal incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol.* 2017 Mar;21(3):203-210
45. Harran N, Herold J, Bentley A, Bebington BD. Efficacy of porcine dermal collagen (Permacol™) injection for passive faecal incontinence in a dedicated Colorectal Unit at the Wits Donald Gordon Medical Centre. *S Afr J Surg.* 2017 Jun;55(2):10-13.
46. Ratto C, Parello A, Donisi L, Litta F, De Simone V, Spazzafumo L, *et al.* Novel bulking agent for faecal incontinence. *Br J Surg.* 2011 Nov;98(11):1644-52
47. Trenti L, Biondo S, Noguerales F, Nomdedeu J, Coret A, Scherer R, *et al.* Outcomes of Gatekeeper(TM) prosthesis implantation for the treatment of fecal incontinence: a multicenter observational study. *Tech Coloproctol.* 2017 Dec;21(12):963-970
48. Bruscianno L, Tolone S, Del Genio G, Grossi U, Schiattarella A, Piccolo FP, *et al.* Middle-term Outcomes of Gatekeeper Implantation for Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2020 Apr;63(4):514-519
49. Ratto C, Buntzen S, Aigner F, Altomare DF, Heydari A, Donisi L, *et al.* Multicentre observational study of the Gatekeeper for faecal incontinence. *Br J Surg.* 2016 Feb;103(3):290-9
50. Londono-Schimmer EE, *et al.*, Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma: five year follow-up functional results [see comments]. *Int J Colorectal Dis.* 1994.9(2): p.110-3.
51. Lehur PA, *et al.* Magnetic anal sphincter augmentation for the treatment of fecal incontinence: a preliminary report from a feasibility study. *Dis Colon Rectum.* 2010. 53(12): p. 1604-10.
52. Balaphas A, Meyer J, Meier RPH, Buchs NC, Roche B, Toso C, *et al.* Cell therapy for anal sphincter incontinence: where do we stand? *Cell* 2021 Aug13;10(8):2086
53. Bridoux V, Gourcerol G, Kianifard B *et al.* Botulinum A toxin as a treatment for overactive rectum with associated faecal incontinence. *Colorectal Dis* 2012; 14: 342–348
54. Gourcerol G, Bénard C, Melchior C, Touchais JY, Ducrotte P, Menard JF, *et al.* Botulinum toxin: an endoscopic approach for treating fecal incontinence. *Endoscopy.* 2016 May;48(5):484-8

# 5

## Les cinq points forts

- En France, la prévalence de l'incontinence anale (IA) est de l'ordre de 5 à 10 % tout âge confondu.
- Les explorations ne sont pas systématiques avant de débiter un traitement de première intention.
- Le traitement de l'IA est essentiellement conservateur (mesures hygiéno-diététiques, régulateurs du transit, rééducation ano-péri-néale, stimulation électrique du nerf tibial postérieur, lavements rétrogrades).
- La neuromodulation des racines sacrées est un traitement mini-invasif efficace.
- Le recours aux traitements chirurgicaux « invasifs » (sphinctérorraphie, colostomie) est rarement nécessaire.