

Traitement non chirurgical de l'incontinence fécale

Bruno Roche

bruno.roche@hcuge.ch

1. Rééducation périnéale

2. Traitement médical de l'incontinence fécale

2.1 Ajustements diététiques

3. Médicaments

3.1 Antidiarrhéiques

3.2 produits absorbants

3.3 Pansements intestinaux

3.4 Agents chélateurs ou liants

3.5 Agonistes sphinctériens

4. Rééducation intestinale

4.1 Défécation dirigée

4.2 Programme de rééducation de la défécation

5. Conclusion

Tout patient incontinent doit faire l'objet d'une évaluation complète de son affection avant d'engager quelque traitement que ce soit. L'incontinence peut être un symptôme lié à une pathologie anale telle qu'hémorroïdes, fissures, fistules ou prurit anal. Le diagnostic et le traitement de ces pathologies traite l'incontinence fécale (IF). L'IF peut aussi survenir en cas d'affection colorectale. Dans ce cas les mécanismes de contrôle de la continence sont dépassés. Les maladies inflammatoires coliques, les cancers ou les prolapsus du rectum, les diarrhées infectieuses peuvent générer une incontinence. Dans la plupart des cas le traitement de la pathologie incriminée résoudra l'IF. Une pseudo incontinence peut se rencontrer en cas d'abus de laxatif de type cathartique. L'histoire du patient révèle des troubles du transit sous forme d'alternance diarrhée constipation associée à la prise régulière et prolongée de laxatifs. Un arrêt ou le changement du type de laxatif, par un mucilage, réglera le problème de l'IF.

Le traitement non chirurgical de l'incontinence doit associer les ajustements diététiques, les médicaments et l'apprentissage de la défécation dirigée. La rééducation périnéale.

Dans tous les cas, le traitement non chirurgical doit être adapté aux circonstances de survenue l'incontinence fécale (IF).

1. Rééducation périnéale

La rééducation périnéale peut être utile dans le traitement de l'IF. Le taux de succès varie dans la littérature de 50 à 85%. Si l'on se fonde sur les études comparant la rééducation isolée et le traitement médical associé aux conseils hygiéno-diététiques une seule montre la supériorité de la rééducation sur le traitement médical seul. Pour les autres l'efficacité de la rééducation est comparable à celle du traitement médical. L'efficacité à long terme de la rééducation est améliorée par des séances d'entretien.

Aucune variable clinique, manométrique ni échographique ne permet de prévoir le succès de cette rééducation. La motivation des patients et une bonne compréhension des exercices est indispensable au succès de cette technique. Elle exige une implication importante du thérapeute.

L'efficacité de l'électrostimulation anale ou vaginale n'est pas prouvée,. Elle est inutile en cas de dénervation.

Physiothérapeutes en Suisse www.ASPUG.ch

2. Traitement médical de l'incontinence fécale

Ce traitement est proposé aux patients qui ne présentent pas de lésion sphinctérienne qui pourraient être corrigées par la chirurgie.

Ce type de traitement peut être mis en place en association au biofeedback ou à la chirurgie. Le traitement médical vise à améliorer le contrôle anal par le changement de consistance et de volume des selles, le temps de transit intestinal et l'habitude défécatoire.

2.1 Les fuites (leakage)

Une incontinence mineure est souvent définie comme la perte d'une petite quantité de selles ou de sécrétions non ressenties par le patient. Ces patients ont la capacité de retarder leur défécation, ne présentent pas d'incontinence aux gazs. Une étude montre que les patients souffrant d'incontinence mineure ont une baisse de la pression de repos de leur sphincter sans diminution de la pression maximum. Les volumes rectaux minimum ressentis sont un peu augmentés et le volume de relaxation normal. Les auteurs pensent que la perte de matière survient en raison du seuil abaissé de la pression anale de repos le patient ne reconnaissant que tardivement la présence de selles dans le rectum. Une autre étude menée par Sentovic montre que certains patients présentant des pertes ont un profil sphinctérien particulier : Le sphincter est légèrement plus long que la norme, la

pression basale est normale. Leur théorie suggère que des résidus fécaux incarcérés dans le canal anal à la fin de la défécation peuvent de manière impromptue s'extérioriser.

Le traitement de ces patients aux pertes minimales répond à l'apport de ballast alimentaire associé à des lavements évacuateurs. Environ 50% de ces patients se voient améliorés par ces mesures, mais seuls 10% acquièrent une continence complète. On peut proposer aux patients non améliorés par le traitement conservateur l'application de tampons anaux qui agiront comme barrière dans la partie haute du canal anal. (Photo).

2.2 Ajustements diététiques

Les patients atteints d'une incontinence liée à une insuffisance sphinctérienne modérée peuvent dans la plupart des cas bénéficier de l'ajustement diététique de leur alimentation. Le but est de ralentir le transit par l'élimination de certains aliments et d'épaissir la consistance des selles par l'apport d'aliments constipants.

L'intolérance alimentaire peut devenir un facteur d'incontinence chez des patients à la fonction sphinctérienne précaire. Certains patients porteurs d'une intolérance au lactose peuvent développer une incontinence lors de l'ingestion de produits lactés générateurs de diarrhée. L'ingestion d'une grande quantité de caféine accélère le temps de transit responsable parfois de diarrhées. Dans le segment colique distal le café stimule la motilité intestinale et génère la défécation. Le café peut aussi causer

une diarrhée par hypersécrétion. La réduction ou l'éviction complète du café permet à certains patients de retrouver un état de continence. Il faut de même conseiller aux patients la réduction ou l'éviction de jus de fruit et d'alcool qui accélèrent le transit. L'ingestion d'alcool en grande quantité diminue les contractions de type I (frénatrices) du jéjunum et augmentent les ondes de type III (propulsives) de l'iléon. La caféine et l'alcool diminuent la pression du bas oesophage. Il n'existe aucune preuve de cet effet sur le sphincter anal interne.

Les prunes les figues ont des vertus laxatives qui peuvent engendrer une incontinence. D'autres aliments tels les pois, les brocolis, tous les choux, les légumes à feuilles vertes, les épices sont tenus pour responsables de l'incontinence. Chaque patient doit connaître sa sensibilité à une alimentation particulière et l'éviter.

L'addition de produits laitiers dans l'alimentation, peut, par le biais du ralentissement du transit, être bénéfique pour l'incontinent. Il en va de même pour les bananes, la compote de pomme, le riz bouilli, les pâtes et les yogourts.

La modification diététique la plus courante de l'alimentation est l'adjonction d'aliments riches en fibre. Ces aliments améliorent la forme la masse et la consistance des selles permettant au patient un meilleur contrôle. Les principaux constituants des fibres sont les polysaccharides, la cellulose, Les B-glucans, l'hemicellulose, les pectines et les gommes. Les fibres sont classées en fonction de

leur solubilité. Les gommes et les pectines sont les plus solubles. Les propriétés physiques des divers composants en fibre déterminent leur effet sur l'intestin. Les propriétés qui agissent sur le temps de transit et la consistance des selles incluent la viscosité, l'effet absorbant et l'effet chélateur des acides biliaires. Les polysaccharides, les pectines, les B-glucans et les gommes sont des fibres solubles qui forment des solutions très visqueuses. Elles ont pour effet un ralentissement de la vidange gastrique vers l'intestin grêle. L'effet absorbant mesure la capacité d'une fibre à retenir l'eau, cette affinité est en relation directe avec sa solubilité. La cellulose est insoluble par conséquent elle a un pouvoir absorbant médiocre. Au contraire les pectines, les gommes et certaines hémi-celluloses ont un pouvoir absorbant important ce qui facilite leur dégradation par une meilleure pénétration bactérienne. Un haut pouvoir absorbant augmente la masse fécale par augmentation de la concentration en eau du résidu fécal. L'eau est associée, soit au résidus non digérés, soit à la masse microbienne dont les cellules contiennent 80% d'eau. Les fibres qui génèrent une haute capacité d'absorption ainsi qu'une importante dégradation bactérienne voient leur masse microbienne augmentée parallèlement à la rétention d'eau. L'accroissement du poids des selles conséquent à la consommation de fibres issues de fruits ou de légumes est due principalement à l'augmentation de la masse microbienne. Inversement le son de blé n'est pas dégradé par la flore microbienne. Le poids et la masse des selles sont augmentés

par rétention directe de l'eau dans le résidu fécal non digéré. Les fibres solubles contenues dans les céréales, la farine d'avoine, la compote de pomme augmente la consistance des selles par leur seule capacité d'absorption et leur viscosité. Il n'existe aucune preuve formelle que l'adjonction de fibres alimentaires en cas de diarrhée puisse enrayer cette dernière. Néanmoins l'adjonction de pectines diminue l'incidence des selles liquides et augmente significativement la concentration d'acide gras à chaîne courte (SCFA) au niveau du colon. Une concentration importante en SCFA entraîne une augmentation de l'absorption du sodium par les colonocytes résultat de l'accroissement du gradient osmotique. Il est indispensable de toujours associer une diminution de l'apport hydrique à l'ingestion de fibres afin d'optimiser l'effet d'absorption. La quantité de fibres nécessaire à l'augmentation de la consistance des fibres varie d'un individu à l'autre. Il est nécessaire de personnaliser et d'adapter la diète pour chaque patient. Un apport excessif de fibre avec restriction hydrique trop importante va générer une constipation. Au contraire une importante hydratation associée à un apport de fibres aboutira à une grande quantité de selles molles pouvant compromettre les mécanismes de la continence. Certaines fibres se lient aux acides biliaires. Le son de blé ou de froment, les pectines et la farine d'avoine diminuent la sécrétion d'acides biliaires. L'apport de ces fibres est utile chez les patients dont l'iléon terminal est absent (résection) ou non fonctionnel (irradiation) qui présentent une diarrhée de type biliaire.

3. Médicaments

3.1 Antidiarrhéiques

Trois types de médicaments ralentissent le temps de transit intestinal :

Le Lopéramide, le Chlorhydrate de Dyphenoxylate et la Codéine.

Le Lopéramide réduit la sécrétion, l'absorption intestinale et la motilité. C'est un agent antidiarrhéique puissant 2mg de Lopéramide ont un effet comparable à 45mg de Codéine. Aucun effet de dépendance physique n'a été observé. Le Lopéramide diminue la fréquence et la quantité de selles émises, accroît la consistance des selles. La posologie est de 4mg en dose de charge suivie de 2mg après chaque selle non formée pour un apport maximum de 16 mg par 24 heures.

Le Chlorhydrate de Dyphenoxylate : est dérivé des narcotiques de synthèse. Il est associé au sulfate d'Atropine afin de diminuer l'effet de dépendance. Son mode d'action sur le transit intestinal est semblable à celui de la morphine ou d'autres narcotiques, il inhibe la propulsion gastro-intestinale par un effet direct sur la musculature lisse. Cet effet diminue le péristaltisme, et ralentit le transit. Ce type de médicament est contrindiqué en cas d'insuffisance hépatique. 5mg de Chlorhydrate de Dyphenoxylate ont un effet comparable à 45mg de Codéine. La posologie habituelle est 5mg 3 à 4 fois par jour. La dose maximum est 20mg par 24 heures.

Le Lopéramide réduit la fréquence et le poids des selles, il n'a aucun effet sur la consistance des matières.

La codéine est un puissant antidiarrhéique. Elle agit par diminution du péristaltisme jéjunal ce qui augmente le temps de contact favorisant l'absorption. Malheureusement la codéine a de nombreux effets secondaires au niveau du système nerveux central SNC (dépression sédation et dépendance) et du système digestif (nausées vomissements coliques) qui en limitent son utilisation.

Une étude croisée en double aveugle compare l'efficacité du Lopéramide, du Chlorhydrate de Dyphenoxylate et de la Codéine dans le traitement des diarrhées chroniques. Tous trois ont un effet réducteur de la fréquence des selles, le Chlorhydrate de Dyphenoxylate a un effet moindre sur la consistance. Le Lopéramide et la Codéine ont un meilleur effet sur les urgences. Les effets indésirables les plus fréquents intéressent le SNC ils se rencontrent plus fréquemment avec le Chlorhydrate de Dyphenoxylate. Les douleurs abdominales surviennent lors de traitement par Lopéramide.

3.2 produits absorbants

Ils incluent le kaolin, les pectines, l'attapulгите. Ces agents agissent en absorbant les liquides et en liant les selles. L'attapulгите a un pouvoir d'absorption de 5 à 10 fois supérieur au kaolin. Il n'existe aucune étude contrôlée de l'efficacité de ces agents dans l'incontinence.

3.3 Pansements intestinaux

Le bismuth est un agent protecteur qui agit en tapissant la muqueuse intestinale. Il peut engendrer une diminution de la sécrétion. L'hydroxide d'aluminium est utilisé comme antacide, c'est aussi un pansement gastro-intestinal. Ces substances améliorent la consistance des selles, elles peuvent trouver leur place dans le traitement de l'incontinence mineure.

3.4 Agents chélateurs ou liants

La cholestyramine est un chélateur des acides biliaries. Le résultat est un complexe insoluble qui est excrété dans les selles. Ce produit est utile dans le contrôle des diarrhées biliaries chez les patients dont la fonction iléale est affectée. Le traitement par la cholestyramine perturbe l'absorption des vitamines liposolubles et de certains médicaments. Leur concentration doit être étroitement monitorée.

3.5 Agonistes sphinctériens

Le seul agoniste sphinctérien actuellement connu est le loperamide. Une étude croisée en double aveugle contre placebo a démontré une augmentation significative de la pression basale du sphincter anal ainsi qu'une amélioration de la continence d'une quantité standard de liquide physiologique perfusée dans le rectum. Les bases pharmacologiques de ces constatations ne sont pas clairement démontrées. Le loperamide entraîne in vitro une relaxation du sphincter interne.

4. Rééducation intestinale

Une mauvaise habitude de la défécation peut entraîner, générer ou aggraver une incontinence. Le fait de diriger l'exonération, les programmes de rééducation à la défécation peuvent dans certaines situations compléter le traitement non chirurgical de l'incontinence.

4.1 Défécation dirigée

Les patients présentant un réservoir rectal dont la compliance est diminuée comme dans les proctites, les ischémies, ou après résection antérieure basse peuvent bénéficier de défécations planifiées aidées de suppositoires ou de micro lavements. Les patients présentant des lésions médullaires peuvent avoir de la difficulté à gérer leur défécation. Ils peuvent présenter des évacuations incomplètes malgré un sphincter hypotone. Il faut prévenir l'incontinence par regorgement en utilisant des lavements, des évacuations digitales quotidiennes.

On peut utiliser les lavements quotidiens (Peristeen) pour induire et réduire la défécation. Ces mesures peuvent améliorer les patients qui présentent des pertes ou une incontinence associée à une évacuation incomplète.

4.2 Programme de rééducation de la défécation

Ces programmes sont destinés à modifier les habitudes défécatoires des patients qui présentent des impactions et une incontinence par regorgement. Tous ces programmes comprennent l'ingestion régulière de mucilages et une hydratation

suffisante. Le séjour aux toilettes est régulier en général 30 minutes après le repas dans le but de profiter du réflexe gastrocolique. Des laxatifs oraux ou des suppositoires à la glycérine sont utilisés de manière intermittente afin de stimuler les mouvements défécatoires. En cas de succès le patient est progressivement sevré des laxatifs et des suppositoires. Une série a démontré que cette méthode était efficace dans 2/3 des cas. Les personnes âgées sont sujettes aux impactions fécales en raison de la diminution de la sensibilité et de la discrimination anale. Le traitement de l'incontinence par reflux chez la personne âgée repose sur la désimpaction et la prévention. Un lavage colique complet doit être effectué, après quoi les patients à risques d'impaction sont mis au bénéfice d'un régime pauvre en fibre associé à un lavement bihebdomadaire. Ces lavements peuvent être répétés à vie.

Conclusion

Le traitement de l'incontinence doit être adapté à chaque patient. Le traitement médical est réservé aux incontinenances qui ne peuvent pas bénéficier de correction chirurgicale, il est utile en association avec la chirurgie ou le biofeedback. Dans de nombreux cas l'association de manipulations diététiques, des médicaments et de la rééducation à la défécation peuvent améliorer grandement la qualité de vie des patients incontinents.

Pour en savoir plus : **Actualités proctologiques genevoises tome 1 (Médecine & Hygiène)**