

# L'incontinence anale

## la fable du médecin sourd et du patient muet

*Mickaël Bouin*

*M<sup>me</sup> Dutrou, 50 ans, adore le golf. Toutefois, à chaque effort, elle risque de tacher ses sous-vêtements en raison d'une incontinence anale. Il y a quelques mois, un magnifique coup lui a fait tacher ses pantalons blancs. Pour éviter que ses collègues ne voient ce « dégât », elle a dû laisser passer tout le monde devant et a fini bonne dernière alors qu'elle menait. Elle vient vous voir, inquiète et passablement déprimée de ce qui lui arrive. Comment allez-vous l'aider ?*

### **Incontinence anale, petit bobo ou gros problème ?**

L'incontinence anale touche 5 % de la population active<sup>1</sup>. Elle nuit grandement à la qualité de vie des personnes atteintes, car un tiers d'entre elles vont restreindre leurs activités sociales ou professionnelles<sup>2</sup>.

*Le Dr Mickaël Bouin, gastro-entérologue, pratique à l'Hôpital Saint-Luc du CHUM. Il est professeur adjoint à l'Université de Montréal et chercheur-boursier clinicien du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).*

L'incontinence anale est responsable de deux semaines d'absentéisme au travail par année<sup>2</sup>. Chez les aînés, elle représente la deuxième cause d'institutionnalisation et coûte plus de 10 000 \$ annuellement et par patient au Canada<sup>3</sup>. Elle se définit comme l'émission involontaire de gaz ou de selles par l'anus et constitue un problème social et médical très important. Presque tous les patients, soit 9 sur 10, affirment que leur qualité de vie a diminué. Pourtant, le médecin ne va être informé de ce problème que dans 15 % des cas<sup>2</sup>. Pourquoi ?

Pour le médecin, comme celui de M<sup>me</sup> Dutrou, il s'agit

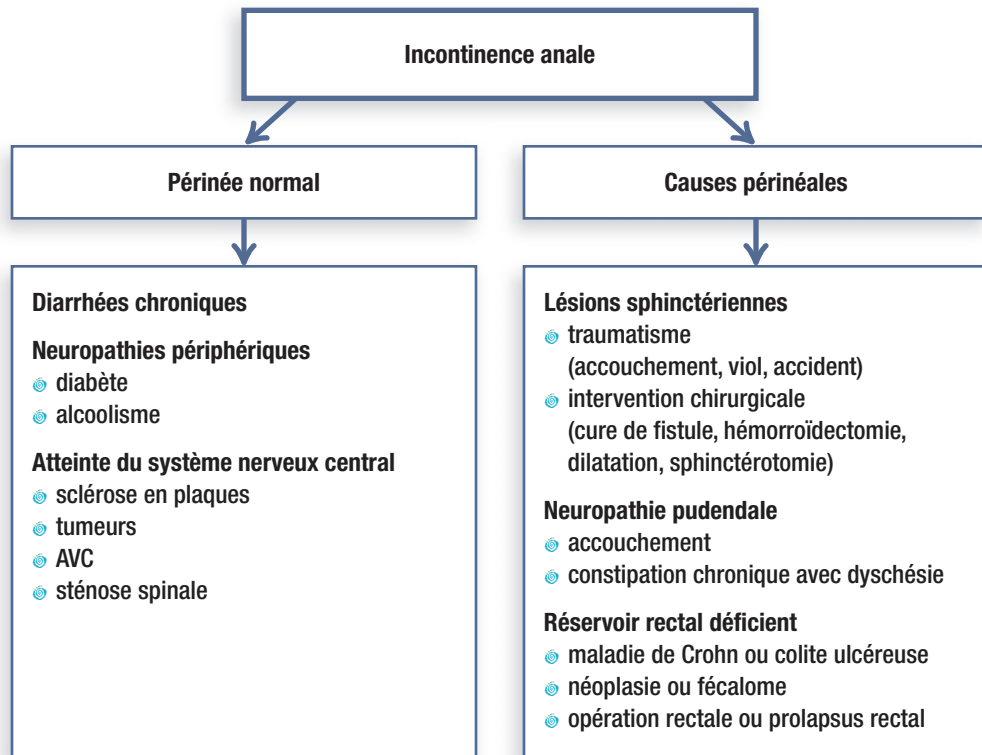
### **Score de Jorge et Wexner d'incontinence anale<sup>4</sup>**

Type d'incontinence	Fréquence				
	Aucune	Moins de 1 fois par mois	1 fois par mois ou plus	1 fois par semaine ou plus	1 fois par jour ou plus
Selles solides	0	1	2	3	4
Selles liquides	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Protège-dessous	0	1	2	3	4
Altération de la vie courante	0	1	2	3	4

0 = continence normale ; 20 = incontinence totale

**Figure 1**

**Causes principales d'incontinence anale**



souvent d'un « petit bobo » qu'on n'écoute que d'une oreille (elle ne va pas en mourir !). Par contre, pour le patient, c'est souvent « un gros problème ». La personne a besoin d'une bonne dose de courage et de confiance pour le verbaliser en raison de la gêne ou de la honte ressentie. Si le médecin a parfois du mal à évaluer l'importance de l'incontinence anale (quelles questions faut-il poser ?), il peut demander au patient de remplir un autoquestionnaire (*tableau*). Le score obtenu permet d'évaluer la gravité de l'incontinence anale et sert également à en suivre l'évolution. Il s'agit du score de Jorge et Wexner<sup>4</sup>. Le *tableau* contient tout ce qu'il faut savoir (ou presque) sur l'incontinence

anale de votre patient en cinq questions ! C'est le moyen le plus rapide et le plus parlant d'établir la gravité de l'incontinence de votre patient.

**Symptôme unique, causes multiples ?**

De nombreux mécanismes peuvent être responsables d'une incontinence anale, ce qui rend la physiopathologie complexe à comprendre et le symptôme difficile à traiter<sup>5</sup>. Cependant, le médecin ne peut traiter uniquement le symptôme de l'incontinence au risque de laisser évoluer une cause curable. La connaissance des causes principales, un bon jugement et, s'il le faut, quelques examens complémen-

**L'incontinence anale se définit comme l'émission involontaire de gaz ou de selles par l'anus et constitue un problème social et médical très important. Presque tous les patients, soit 9 sur 10, affirment que leur qualité de vie a diminué. Pourtant, le médecin ne va être informé de ce problème que dans 15 % des cas. Pourquoi ?**

*Repère*

taires bien choisis vont permettre, dans la plupart des cas, d'expliquer le mécanisme et de traiter le patient. Schématiquement, on distingue les incontinenances associées à des causes périnéales et celles qui surviennent chez des patients dont le périnée est normal (figure 1). Les premières sont liées à trois mécanismes :

- une lésion musculaire sphinctérienne ;
- une lésion neurologique (du nerf pudendal, qui commande les sphincters) ;
- une diminution de la capacité de réservoir du rectum.

### Les lésions sphinctériennes

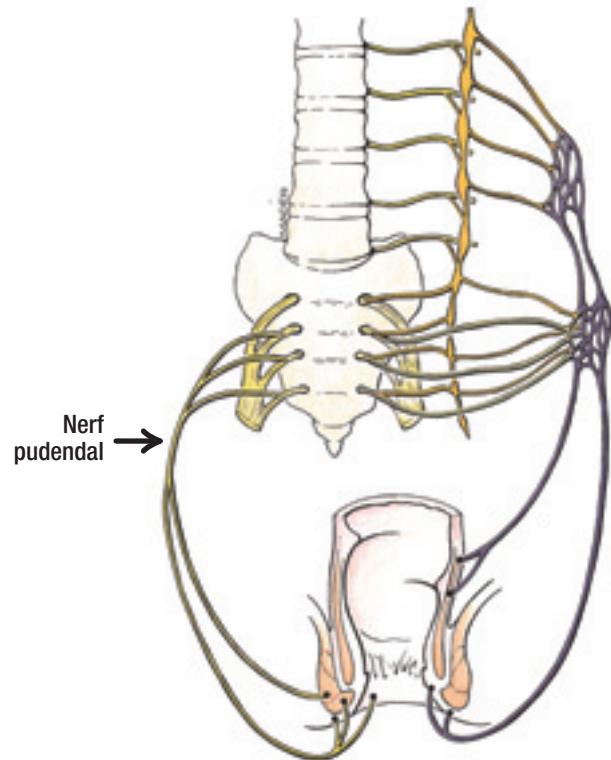
La première cause de lésions du sphincter anal (interne et externe) est l'accouchement. Dans une étude écho-endoscopique, l'incidence des lésions sphinctériennes du post-partum était de 27 % chez la primipare<sup>6</sup>. Ce type de lésions est également fréquemment attribuable à une opération anorectale, même s'il n'y a pas eu de sphinctérotomie volontaire. On peut aussi observer de telles lésions sphinctériennes après une hémorroïdectomie, une dilatation anale, une cure de fistule anale ou, évidemment, après une sphinctérotomie pour cause de fissure<sup>7</sup>.

### La neuropathie pudendale : le nerf qui n'est plus honteux !

Le nerf pudendal est issu des dernières racines de la moelle épinière et va innervier le plancher pelvien (anus, rectum, organes génitaux externes, périnée, etc.) (figure 2). La neuropathie pudendale est une cause fréquente d'incontinence anale, moins connue et plus difficile à mettre en évidence. En 1984 pourtant, une étude a montré que les efforts de poussées de la parturiente peuvent étirer et léser le nerf pudendal<sup>8</sup>. Ce même genre de lésions peut survenir chez les personnes souffrant de constipation chronique associée à une dyschésie, c'est-à-dire à des efforts de poussées quotidiens pour évacuer les selles<sup>9</sup>. C'est plus précisément la descente du plancher pelvien qui entraîne un étirement du nerf pudendal. Plus l'étirement est

**Figure 2**

**Dessin anatomique du nerf pudendal et des dernières racines de la moelle épinière**



© 2008. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. Tous droits réservés.

prolongé (nombre d'accouchements, nombre d'années de constipation avec poussées longues pour déféquer), plus le nerf souffre et plus le risque de neuropathie s'accroît<sup>6</sup>.

### Le rectum, réservoir incontournable

Le rectum est un réservoir permettant, grâce à sa compliance, de différer le moment d'aller à la selle. La diminution de la compliance rectale entraîne une microrectie qui va être responsable d'incontinence (tout comme un barrage ne peut tenir sur une rivière

**Schématiquement, on distingue les incontinenances associées à des causes périnéales et celles qui surviennent chez des patients dont le périnée est normal. Les premières sont liées à trois mécanismes : 1) une lésion musculaire sphinctérienne ; 2) une lésion neurologique (du nerf pudendal, qui commande les sphincters) et 3) une diminution de la capacité de réservoir du rectum.**

Repère

sans un réservoir en amont !). La compliance rectale peut être réduite dans les maladies inflammatoires de l'intestin touchant le rectum (maladie de Crohn, colite ulcéreuse), dans les rectites radiques ou après une opération du rectum<sup>4</sup>. La présence d'un fécalome ou d'une tumeur rectale entraîne le même phénomène, d'où l'importance d'une coloscopie (ou lavement baryté) dans le bilan étiologique afin de visualiser la muqueuse rectocolique du patient atteint d'incontinence anale. Enfin, les troubles de la statique rectale peuvent être la cause d'une incontinence anale. Dans le cas du prolapsus rectal, par exemple, l'incontinence est présente dans la moitié des cas environ<sup>5</sup>.

### *L'incontinence anale et périnée normal*

Si on pense souvent aux causes périnéales, il existe aussi des incontinenances anales en présence d'un périnée normal. Les diarrhées chroniques, dont il est question dans un autre article du même numéro, constituent une cause d'incontinence anale (attendez la fin de l'article, puis dépêchez-vous de lire l'article de la Dr<sup>ce</sup> Céline Beaulieu : « Diarrhée chronique, pas de panique ! »). C'est probablement une des premières causes à rechercher et à traiter en présence d'incontinence, car toute personne (M<sup>me</sup> Dutrou comme son médecin !) ayant un périnée normal risque de souffrir d'incontinence anale en cas de diarrhée chronique (amis lecteurs, imaginez-vous avec une turista pendant plusieurs mois et vous serez convaincus !).

Les lésions du système nerveux central doivent être connues, car leur détection précoce est souvent utile. Chez la jeune femme, il peut s'agir d'une manifestation de la sclérose en plaques (rechercher une atteinte urologique ou visuelle associée). Il faut aussi rechercher une compression médullaire (tumeur, sténose, traumatisme, syndrome de la queue de cheval). Ce dernier traduit une atteinte pluriradiculaire (sans atteinte médullaire) attribuable à une lésion de la vertèbre L2 ou d'une vertèbre inférieure. Les signes cliniques peuvent être de simples douleurs lombaires

d'allure mécanique évoquant une affection discale (le caractère nocturne et le soulagement par la marche évoquent toutefois une atteinte radiculaire), des douleurs périnéales ou génitales, une hyposensibilité cutanée, une diminution des réflexes ostéotendineux, une incontinence urinaire et anale et, au maximum, une paraplégie des membres inférieurs.

Les causes supramédullaires (c'est-à-dire schématiquement cérébrales) sont, en général, plus évidentes pour le clinicien (démence, tumeur, accident vasculaire cérébral, etc.). Enfin, l'incontinence anale peut être attribuable à diverses neuropathies périphériques ou du système nerveux autonome, comme le diabète, l'alcoolisme ou les carences nutritionnelles.

### **Comment puis-je aider mon patient ?**

Je vous propose un plan de prise en charge en trois étapes (*boîte à outils*).

**Étape 1 :** À la première visite, vous devez :

- 1) faire une évaluation clinique (vraie ou fausse incontinence, score de gravité, recherche d'une cause) ;
- 2) prescrire un bilan minimal (glycémie, formule sanguine, coloscopie) ;
- 3) entreprendre le traitement.

**Étape 2 :** À la deuxième visite, refaites le score de Jorge et Wexner. S'il y a une amélioration et que votre bilan est normal, continuez en affinant votre traitement. Si votre traitement est inefficace, vous devez comprendre le mécanisme de l'incontinence. Le premier examen à demander est alors une manométrie anorectale.

**Étape 3 :** En cas d'échec, orientez votre patient vers un spécialiste.

**A** U TERME DU PREMIER BILAN, vous avez mis en évidence un diabète de type 2 chez M<sup>me</sup> Dutrou. Le résultat de sa coloscopie était normal. La cholestyramine que vous

**La manométrie anorectale permet d'évaluer la valeur fonctionnelle des sphincters anaux ainsi que la sensibilité et la compliance rectales. Cet examen permet, le plus souvent, de préciser le mécanisme de l'incontinence et de guider la rééducation périnéale. Elle peut également servir de référence pour l'évaluation des traitements chirurgicaux.**

*Repère*

## Évaluation de l'incontinence en trois étapes

## Étape 1 – Première visite

## Bilan clinique

1. Éliminer la présence d'une fausse incontinence :
  - a) diarrhée chronique qui se complique d'incontinence ;
  - b) suintement anal. Examiner l'anus pour rechercher un cancer de la marge anale, une fistule anale, une dermite, un sinus pilonidal ou un prolapsus hémorroïdaire ou rectal.
2. Rechercher une maladie anorectale :
  - ☉ cancer colorectal (chercher une masse par le toucher rectal) ;
  - ☉ maladie inflammatoire de l'intestin (douleur abdominale, rectorragies, diarrhée et syndrome inflammatoire) ;
  - ☉ traumatisme anorectal : chirurgie (hémorroïdes, fistule, etc.), accouchement, accident ;
  - ☉ constipation ancienne, fécalome ou syndrome de l'intestin irritable.
3. Rechercher une cause neurologique  
Interroger le patient quant à l'existence de troubles urinaires, de douleurs neuropathiques périnéales, d'une perte de sensibilité génitale ou périnéale afin de ne pas passer à côté d'un syndrome de la queue de cheval !  
Rechercher des signes de sclérose en plaques (atteinte urinaire et troubles visuels). Enfin, les causes neurologiques cérébrales sont souvent plus évidentes (AVC, démence).

## Bilan paraclinique à la première visite

Score de Jorge et Wexner, glycémie (rechercher un diabète), formule sanguine, coloscopie (au moins courte).

La coloscopie est indiquée :

- a) pour un dépistage du cancer colorectal (patient de plus de 50 ans) ;
- b) pour réaliser des biopsies étagées chez un patient atteint de diarrhée ;
- c) pour dépister une maladie inflammatoire de l'intestin.

## Amorce du traitement

De manière générale, il faut essayer de régulariser le transit et de normaliser la consistance des selles. Voici ce qu'il est possible de faire :

- Choix 1 :** Fibres (Metamucil ou autres). Le but est d'augmenter la consistance des selles, ce qui est très utile en cas de constipation associée à des difficultés d'évacuation, particulièrement en présence de troubles de la statique pelvienne, comme le prolapsus rectal.
- Choix 2 :** En cas de diarrhée ou de selles liquides : cholestyramine ou Imodium (ou encore Metamucil). Par exemple, si le patient souffre du syndrome de l'intestin irritable et d'incontinence, les résultats pourront être très bons.

## Étape 2 – Deuxième visite

Schématiquement, deux cas de figure sont possibles :

- ☉ Amélioration clinique à la suite du traitement et bilan normal
  - ☞ Continuer en affinant les mêmes traitements (augmentation progressive du Metamucil ou diminution en cas de ballonnements, augmentation de la cholestyramine ou de l'Imodium)
- ☉ Traitement inefficace, malgré la normalisation de la consistance des selles
  - ☞ Trouver le mécanisme possible de l'incontinence anale.
  - ☞ Commencer par demander une manométrie anorectale, qui permet d'évaluer la valeur fonctionnelle des sphincters anaux ainsi que la sensibilité et la compliance rectales. Cet examen permet, le plus souvent, de préciser le mécanisme de l'incontinence et de guider la rééducation périnéale. Elle peut également servir de référence pour l'évaluation des traitements chirurgicaux. (Un article sur cet examen paraîtra prochainement dans *Le Médecin du Québec*).
  - ☞ Recommander au patient de vider son rectum avant des activités sociales à l'aide de suppositoires (glycérine, Senokot) ou de lavements (Microlax ou Fleet), ce qui évitera les fuites inopportunes, et d'essayer ces traitements à la maison au préalable. Le mécanisme doit être bien compris du patient pour que ce dernier respecte son traitement : si le rectum est vide, même avec un périnée inefficace, il ne peut pas y avoir de fuites. Le rectum se remplissant de deux à trois fois par jour en moyenne, cela permet souvent une autonomie de plusieurs heures.

## Étape 3 – Troisième visite

- ☉ Adapter le traitement en fonction des résultats de la manométrie.
- ☉ En cas d'échec, orienter le patient vers un spécialiste pour des explorations complémentaires. Il faudra demander :
  - ☞ une écho-endoscopie anale, examen qui permet de confirmer l'existence d'une anomalie sphinctérienne. Cet examen ne doit jamais être fait avant la manométrie anorectale ;
  - ☞ une défécographie, examen radiologique qui permet de mettre en évidence l'intussusception, le prolapsus rectal, la microrectie et les troubles de la statique périnéale (périnée descendant, rectocèle, entéroccèle).



## Summary

**Fecal incontinence: the fable of the deaf doctor and the mute patient.** Anal incontinence touches 5% of active population and is defined as the involuntary leak of feces or gas by the rectum. Even though it affects the patient's quality of life, the physician will be informed of this problem in only 15% of cases. Incontinence may occur with perineum problems (sphincterian, neurological or rectal) or without (medullary compression, multiple sclerosis). At the first visit, a clinical plan aiming towards elimination of false incontinence (anal leakage) and searching for main neurological and digestive reasons must be conducted. A colonoscopy must be performed to avoid evolution of a colorectal tumor. Therapeutic options greatly depend on cause of incontinence but could be initiated at the very first consultation; fiber substitutes and anti-diarrhea are the most useful treatments. In case of failure, the physician should elucidate the responsible mechanism and ask for an anorectal manometry.

**Keywords:** fecal incontinence, diarrhea, constipation, quality of life

*lui avez prescrite (deux sachets par jour) a été très utile, car ses selles ont retrouvé une consistance normale. Elle prend, en outre, un comprimé d'Imodium avant chaque partie de golf afin d'éviter toute incontinence sur le terrain. Par ailleurs, elle ne supporte pas le Metamucil, qui lui donne trop de ballonnements. Elle est satisfaite et vous invite comme partenaire à sa prochaine compétition!* 🏆

**Date de réception :** 15 avril 2008

**Date d'acceptation :** 8 juillet 2008

**Mots clés :** incontinence anale, diarrhée, constipation, qualité de vie

Le D<sup>r</sup> Mickael Bouin n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Macmillan AK, Merrie EA, Marshall RJ et coll. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2004; 47 (8) : 1341-9.
2. Damon H, Guye O, Seigneurin A et coll. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30 (1) : 37-43.
3. Chassagne P, Landrin I, Neveu C et coll. Fecal incontinence in the institutionalized elderly: incidence, risk factors, and prognosis. *Am J Med* 1999; 106 (2) : 185-90.
4. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and manage-

ment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36 (1) : 77-97.

5. Bharucha AE. Fecal Incontinence. *Gastroenterology* 2003; 124 (6) : 1672-85.
6. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg* 2003; 90 (11) : 1333-7.
7. Nielsen MB, Rasmussen OO, Pedersen JF et coll. Risk of sphincter damage and anal incontinence after anal dilatation for fissure-in-ano. An endosonographic study. *Dis Colon Rectum* 1993; 36 (7) : 677-80.
8. Fynes M, O'Herlihy C. The influence of mode of delivery on anal sphincter injury and faecal continence. *The Obstetrician Gynaecologist* 2001; 3 (3) : 120-5.
9. Sangwan YP, Collier JA, Barrett MS et coll. Unilateral pudendal neuropathy. Significance and implications. *Dis Colon Rectum* 1996; 39 (3) : 249-51.

## Pour en savoir plus

- Lehur PA, Leroi AM. Anal incontinence in adults. Guidelines for clinical practice. National French Gastroenterology Society. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24 (3) : 299-314.
- Tjandra JJ, Dykes SL, Kumar RR et coll. Standards Practice Task Force of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2007; 50 (10) : 1497-507.

## Sites Internet utiles

- Pour les patients : <http://assoacia.free.fr> (Association contre l'incontinence anale)
- Pour les praticiens : [www.cma.ca](http://www.cma.ca)