



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Approche chirurgicale de l'incontinence anale de l'adulte[☆]



Surgical approaches to anal incontinence in the adult

G. Meurette*, E. Duchalais, P.-A. Lehur

Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne, institut des maladies de l'appareil digestif, CHU Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44000 Nantes, France

Disponible sur Internet le 28 janvier 2014

MOTS CLÉS

Incontinence anale ;
Sphinctérorraphie ;
Neurostimulation
sacrée ;
Sphincter artificiel ;
Irrigation colique ;
Injections
intra-sphinctériennes

KEYWORDS

Anal incontinence;
Sphincterorraphy;
Sacral
neurostimulation;
Artificial sphincter;
Antegrade colonic
enema;

Résumé Le traitement chirurgical de l'incontinence anale s'adresse aux patients en échec du traitement médical. La réparation sphinctérienne est adaptée en cas de rupture du sphincter externe systématisée. Depuis les années 2000, la stimulation des racines sacrées est une solution scientifiquement validée lorsque aucune réparation ne peut être proposée et plus récemment est proposée en alternative à la réparation sphinctérienne. Les méthodes de substitutions sphinctériennes comme les sphincters artificiels sont encore en cours d'évaluation. La graciloplastie, plus compliquée et morbide, voit diminuer ses indications. Les procédés d'injections intra-sphinctériennes, peu risqués se développent, avec des résultats préliminaires encourageants mais qui doivent être confirmés notamment dans le moyen/long terme. Les irrigations antérogrades par cœcostomie (procédé de Malone) peuvent être une alternative à la stomie, chez des patients bien éduqués aux lavements. La stomie reste une solution de dernier recours.
© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary Surgical treatment of anal incontinence is indicated only for patients who have failed medical treatment. Sphincterorraphy is suitable in case of external sphincter rupture. In the last decade, sacral nerve stimulation has proven to be a scientifically validated solution when no sphincter lesion has been identified and more recently has also been proposed as an alternative in cases of limited sphincter defect. Anal reconstruction using artificial sphincters is still under evaluation while indications for dynamic graciloplasty are decreasing due to its complexity and high morbidity. Less risky techniques involving intrasphincteric injections are being developed, with encouraging preliminary results that need to be confirmed especially in the medium and long-term. Antegrade colonic enemas instilled via cecostomy (Malone) can be

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2013.12.011>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans le *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guillaume.meurette@chu-nantes.fr (G. Meurette).

1878-786X/\$ — see front matter © 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2013.11.003>

Introduction

L'incontinence anale (IA) est une affection qui altère de façon importante la qualité de vie. Depuis 20 ans, les solutions thérapeutiques se sont multipliées et, s'il n'existe pas encore de traitement « miraculeux », une amélioration significative du handicap est possible chez quasiment tous les patients, même âgés. Sous le terme d'IA, on peut distinguer 2 principales situations : d'une part, l'incontinence par défaut de retenue (insuffisance sphinctérienne), et d'autre part, l'incontinence liée à une anomalie de la compliance rectale. Parmi les incontinenances par insuffisance sphinctérienne, on peut répertorier le traumatisme sphinctérien (d'origine traumatique, obstétricale ou postopératoire); l'IA à sphincter non rompu (situation fréquente, principalement liée à l'âge, avec une altération de la trophicité musculaire et/ou de la commande nerveuse); et plus rarement l'IA s'intégrant dans le cadre des séquelles de malformations. Concernant les incontinenances par anomalie de compliance rectale, on peut distinguer les causes de constipation terminale, comme les troubles de la statique rectale, le fécalome, le mégarectum, les rectites inflammatoires ou radiques, mais aussi les séquelles après résection du rectum. Cette classification permet d'orienter la prise en charge des patients même si plusieurs mécanismes peuvent être impliqués dans la survenue de l'IA. Ainsi, trouble de la statique rectale et insuffisance sphinctérienne peuvent être associés dans la survenue d'une IA. Nous focaliserons la suite du propos sur la prise en charge de l'IA par insuffisance sphinctérienne.

Quelle que soit la situation, il faut d'abord éliminer toute affection néoplasique avant d'envisager la prise en charge. Une fois écartée cette situation, le traitement repose d'abord sur les médicaments freinateurs du transit, la gestion diététique et la rééducation. Ce trépied médical constitue la base de la prise en charge initiale du patient incontinent, avec un succès certain, puisque cette prise en charge médicale « optimisée » permet d'améliorer le confort des patients sans nécessité de poursuivre plus avant les investigations et les gestes agressifs dans près d'un cas sur deux [1].

C'est lorsque le traitement médical n'est pas suffisant pour permettre une vie confortable, que l'on peut proposer au patient une prise en charge plus invasive. Le recours à la chirurgie devient alors une option raisonnable. Avant d'entreprendre ce traitement opératoire, certains examens complémentaires sont indispensables. Manométrie ano-rectale et échographie endo-anale (EEA) sont réalisés de première intention. Les explorations électrophysiologiques et la défécographie dynamique (ou déféco-IRM) doivent être effectuées en seconde intention, en cas de signe d'appel lors de l'examen clinique (neuropathie ou trouble de la statique rectale).

Après quelques chiffres sur l'IA en général, nous décrivons successivement dans cette mise au point les différentes approches opératoires ciblant le sphincter, validées ou encore en évaluation, les paramètres qui aident au choix de la/des meilleure(s) option(s), puis les perspectives d'avenir.

L'incontinence anale (IA) et la chirurgie en quelques chiffres

Les études épidémiologiques récentes montrent que l'IA de l'adulte est une affection fréquente : dans une étude récente menée dans la population française, la prévalence dans la population de plus de 18 ans d'une IA était de 5% (score de Wexner > 5 ce qui correspond au moins à une fuite de gaz par jour) ; dans cette même étude, une incontinence sévère (score de Wexner > 10 avec des fuites de selles pluri-hebdomadaires) était retrouvée chez 0,8% des personnes interrogées [2]. En extrapolant à l'ensemble de la population française, ce sont environ 500 000 personnes qui souffriraient d'incontinence sévère ! Ces chiffres sont retrouvés de façon assez constante dans la plupart des pays, avec un retard au diagnostic de plusieurs années dans 90% des cas [1]. Concernant la prise en charge chirurgicale : environ 500 sphincters artificiels ont été posés en France depuis 1987 pour cette indication. Pour l'année 2012, 24 interventions pour mise en place de sphincters artificiels ont été déclarées [3]. Le nombre de neurostimulations sacrées faites en France pour cette indication est de 2000 environ (source Medtronic®, données non publiées) et pourtant cette technique est de description plus récente (1995). On ne dispose en revanche pas de statistiques précises sur la fréquence des stomies confectionnées pour incontinence, mais elle doit être faible au regard de la fréquence de la pathologie.

Trouble de la statique pelvienne et incontinence anale (IA)

Les mécanismes en cause dans la survenue de l'IA sont souvent multiples, impliquant à des divers degrés une insuffisance sphinctérienne et un trouble anatomique et/ou fonctionnel du rectum et plus globalement de la statique pelvienne. En pratique, la présence d'un trouble de la statique pelvienne dans la prise en charge d'une IA fait proposer une correction première de la statique avant de cibler l'appareil sphinctérien. Cette stratégie n'a pas fait l'objet d'évaluations randomisées, mais elle repose sur 2 constats.

D'une part, il existe une amélioration de la continence anale chez beaucoup de patients opérés d'une correction de la statique rectale. Les séries de la littérature rapportent une amélioration dans 50 à 100% des cas après rectopexie pour prolapsus total extériorisé du rectum et/ou procidence interne de haut grade [4,5]. De surcroît, même en cas d'approche périnéale (intervention d'Altemeier), il semble que la continence puisse être meilleure après correction du prolapsus malgré la résection du rectum [6].

D'autre part, les différentes interventions ciblant l'appareil sphinctérien s'envisagent au mieux dans des conditions anatomiques propices, c'est-à-dire en l'absence d'un trouble de la statique pelvienne sous-jacent (qui peut être responsable d'une constipation terminale) gênant l'acte opératoire, mais aussi ses suites. À défaut de disposer

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311831>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311831>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)