

Traitements de l'incontinence fécale : Recommandations SNFCP 2012

1 Traitement Hygiéno-Diététique de l'incontinence anale

Les troubles du transit intestinal sont fréquents chez les malades souffrant d'incontinence anale.

Les personnes souffrant de troubles de la continence anale doivent être interrogées sur leurs habitudes alimentaires et diététiques, les modalités de leur transit intestinal et la consistance de leurs selles (Accord Professionnel. AP).

La régulation du transit et de la consistance des selles représente une priorité dans la prise en charge de l'incontinence anale (AP).

La consommation ou l'adjonction de fibres alimentaires ou de mucilages peut être recommandée lorsque les selles sont molles ou liquides (Grade B).

Un régime riche en fibres et/ou des laxatifs et/ou l'aide à la vidange rectale par suppositoires ou lavements sont efficaces sur les accidents d'incontinence associés à une constipation (Grade A).

Lorsque, sous ralentisseurs du transit, les selles sont de consistance dure ou normale. Les fibres n'apportent pas de bénéfice supplémentaire (Grade C).

Il n'existe pas de recommandation concernant la consommation de boissons et de caféine. Il n'existe pas non plus de recommandation concernant l'intérêt d'un régime amaigrissant chez les personnes obèses et incontinentes (AP).

2 -Traitement pharmacologique

Les médicaments sont proposés dans le traitement de l'incontinence anale soit pour réguler le transit intestinal soit pour agir spécifiquement sur les pressions de fermeture de l'anus. Les ralentisseurs du transit (loféramide et codéine) sont efficaces et sont recommandés chez les malades ayant des selles molles, liquides et impérieuses (grade A). Leur efficacité n'est en revanche pas déterminée chez les malades incontinents ne souffrant pas de diarrhée .

Les médicaments à base de mucilages peuvent être proposés chez les malades ayant des selles molles ou liquides sans que cette pratique soit validée par des études scientifiques (AP).

La cholestyramine peut également être proposée en cas de selles molles ou liquides (Grade C) en particulier après cholécystectomie (AP).

La phényléphrine en application topique n'a pas fait preuve d'efficacité chez les malades incontinents et ne peut pas être recommandée (AP). En raison d'un manque d'efficacité ou de leurs effets secondaires, d'autres agents locaux à base de zinc ou aluminium et certains médicaments oraux comme le valproate de sodium, le diazépam, l'amitriptyline ne peuvent être recommandés (AP)

Chez les personnes ménopausées, le traitement hormonal substitutif par voie générale ou locale n'améliore pas suffisamment les troubles de la continence et ne peut donc pas être recommandé dans cette indication seule (AP).

3 -Rééducation périnéale

Chez les personnes souffrant de troubles de la continence malgré une régulation du transit et de la consistance des selles, il est recommandé de recourir à des stratégies rééducatives du périnée (Grade B).

Celles-ci peuvent être précédées d'une manométrie ano-rectale afin de rechercher une anomalie de la sensibilité rectale accessible à la rééducation (Grade C).

La rééducation doit être globale et doit comprendre un abord périnéo-sphinctérien, associé à un abord de la sangle abdominale (AP).

Il existe différentes techniques de rééducation (exercices du plancher pelvien ; biofeedback ; électrostimulation). Le biofeedback est la méthode de rééducation la plus efficace (Grade B).

L'électrostimulation ne peut pas être utilisée seule dans cette indication (Grade C).

Un nombre de séances entre 10 et 20 doit être proposé avant nouvelle évaluation (AP)

4-Injection de produits d'expansion.

Plusieurs essais contrôlés randomisés ont apporté des résultats contradictoires. Il n'est pas possible d'établir des recommandations concernant ces techniques (AP).

Dans l'état actuel des connaissances et des dispositifs actuellement disponibles en France, l'utilisation de la radio fréquence ne peut être recommandée (AP).

5 -Réparations sphinctériennes et substitution.

Certains troubles de la continence anale sont liés à des défauts de l'appareil sphinctérien accessibles à une approche chirurgicale.

En cas d'incontinence anale liée à une lésion significative du sphincter anal externe, la sphinctérorraphie est recommandée (Grade B).

Ce geste doit être encadré par une régulation du transit intestinal (Grade C).

Une colostomie de protection ou une période de nutrition parentale systématiques ne sont pas recommandées (Grade C). En cas de lésion sphinctérienne pour laquelle une réparation sphinctérienne est discutée, la neuromodulation des racines sacrées est toujours une alternative thérapeutique à mettre en balance (Grade B). Dans l'état actuel des connaissances et des dispositifs actuellement disponibles en France, il n'est pas possible d'établir des recommandations concernant les substitutions sphinctériennes (AP). La colostomie peut être discutée en cas d'incontinence grave, invalidante et résistant aux autres thérapeutiques (AP).

6 –Neuromodulations.

La neuromodulation des racines sacrées est une méthode efficace du traitement de l'incontinence fécale alors que son mécanisme d'action est encore imprécis.

Cette méthode a des indications larges et non restrictives : elle peut être proposée aux malades ayant des lésions sphinctériennes y compris des lésions étendues (Grade B), après proctectomie, en cas de sclérodémie (Grade C) ou de lésions neurologiques centrales ou périphériques incomplètes non évolutives (Grade B). Cependant les données sont actuellement trop parcellaires pour constituer un argument de recommandation dans ces indications (AP). La double incontinence anale et urinaire avec hyperactivité vésicale peut être traitée par neuromodulation radiculaire sacrée (Grade C). Les modalités de période de test (au moins 3 semaines) et de stimulation (14-15Hz; 210 µ sec; intensité = seuil de sensation) sont standardisés et il est recommandé de s'y conformer (Grade C).

La décision de l'implantation définitive est prise lorsqu'on observe une réduction du nombre de fuites de selles et/ou des besoins exonérateurs impérieux pendant la période de test (calendrier) d'au moins 50% (AP).

Il est recommandé d'inscrire le patient implanté dans un programme d'éducation thérapeutique et d'assurer un suivi spécialisé, au minimum annuel (AP).

La neuro- stimulation tibiale postérieure (TENS) a été peu évaluée et les résultats sont contradictoires. Cette technique à faible morbidité pourrait être utilisée après échec de la rééducation dans l'absence d'une indication à une thérapeutique plus invasive (AP)

7-Irrigations coliques

L'irrigation trans-anale est recommandée chez les malades ayant des troubles de la continence en rapport avec une maladie neurologique (Grade A). Elle poursuit l'objectif de l'obtention d'une vacuité colique planifiée propice à limiter les accidents d'incontinence. Elle est proposée en deuxième intention en cas d'échec du traitement conservateur (règles hygiéno-diététiques et traitement médical) après une prise en considération du transit et de la sévérité des plaintes (AP). L'irrigation antérograde par un dispositif de communication caeco-cutané (Malone) peut être proposée en cas d'échec de l'irrigation transanale (AP). Toutes deux nécessitent une importante collaboration au projet thérapeutique de la part des patients et de leur entourage (AP).