

# Troubles intestinaux et ano-rectaux

## Stratégie diagnostique et prise en charge médicale



Dr Charlotte Desprez  
Service de Physiologie – CHU Rouen

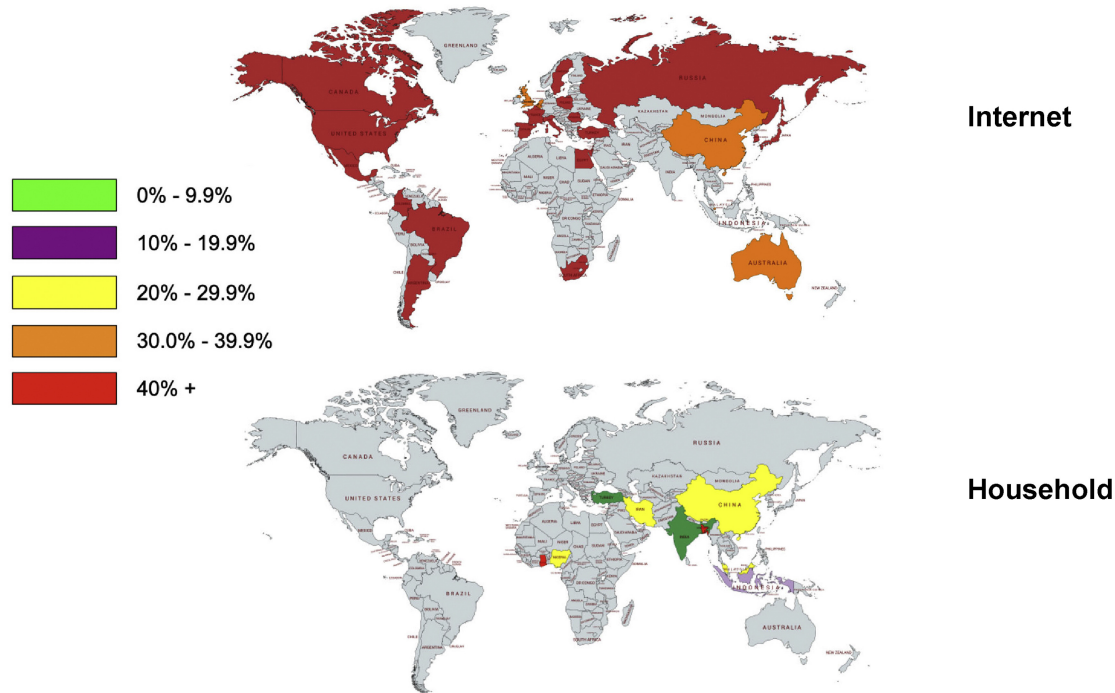


# Plan

- Constipation
  - Distale ou de transit ?
- Incontinence anale

# Introduction

## Any FGID



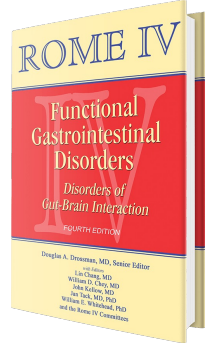
Constipation fonctionnelle : 11,7% (11,4-12)  
Troubles ano-rectaux : 7,7% (7,5-8,0)

Qualité de vie altérée (PROMIS)

Facteurs de risque :

- Sexe féminin
- Âge

# Constipation chronique



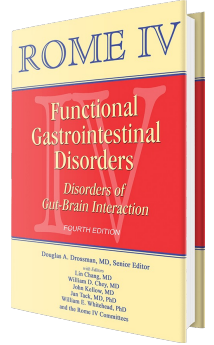
- Critères diagnostiques de la constipation fonctionnelle

Au moins deux des critères suivant doivent être présents:

- Moins de 3 selles spontanées par semaine
- Pour plus du quart des défécations (25%)
  - Poussée
  - Selles grumeleuses ou dures (Bristol 1 ou 2)
  - Sensation de défécations incomplètes
  - Sensation de blocage anorectal
  - Manoeuvres manuelles pour faciliter la défécation (manoeuvres digitales, support du plancher pelvien)
- Selles molles ou liquides rarement présentes en dehors de la prise de laxatifs

Critères présents depuis au moins 3 mois avec début des symptômes depuis au moins 6 mois

# Constipation chronique



- Critères diagnostiques de la constipation fonctionnelle

Au moins deux des critères suivant doivent être présents:

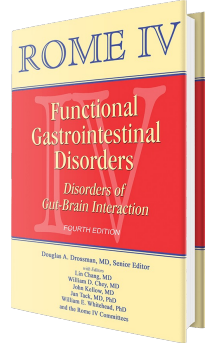
- Moins de 3 selles spontanées par semaine
- Pour plus du quart des défécations (25%)
  - Poussée
  - Selles grumeleuses ou dures (Bristol 1 ou 2)
  - Sensation de défécations incomplètes
  - Sensation de blocage anorectal
  - Manoeuvres manuelles pour faciliter la défécation (manoeuvres digitales, support du plancher pelvien)
- Selles molles ou liquides rarement présentes en dehors de la prise de laxatifs

Critères présents depuis au moins 3 mois avec début des symptômes depuis au moins 6 mois

Si douleurs abdominales fréquentes → SII

(Lacy et al., Gastroenterology 2016)

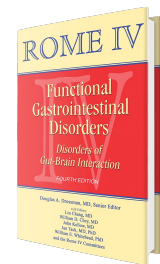
# SII-constipé



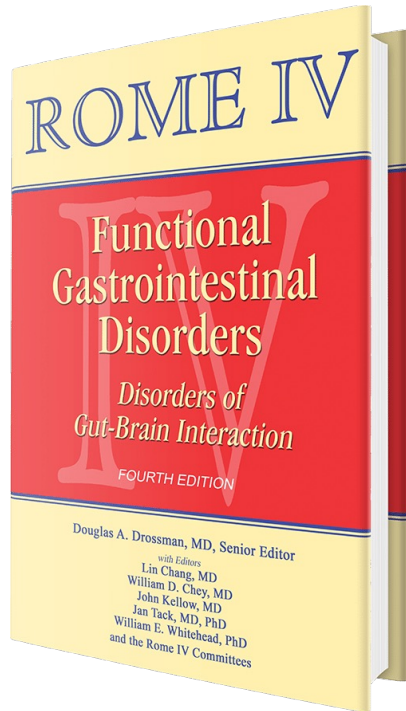
- Critères diagnostiques du SII type constipation
- Douleurs abdominales en moyenne au moins 1 jour par semaine au cours des 3 derniers mois associée avec 2 ou plus des critères suivants:
  - Lien avec défécation
  - Associée avec une modification de la fréquence des selles
  - Associée avec un changement de la forme des selles
- Critères présents depuis au moins 3 mois avec début des symptômes depuis au moins 6 mois

# MAIS...

- Différencier constipation de transit ou distale ?
- => Symptômes de constipation distale peu spécifiques
  - *Sensation de défécations incomplètes*
  - *Sensation de blocage anorectal*
  - *Manoeuvres manuelles pour faciliter la défécation (manoeuvres digitales, support du plancher pelvien)*
- Constipation distale fonctionnelle
  - Rome IV :
    - Constipation fonctionnelle ou SII-C
  - +
  - Défaut d'évacuation rectale **prouvé** sur les explorations



# En pratique :



Bristol stool form scale	
type de selles	description
1	selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles)
2	selles en forme de billes collées
3	selles en forme de boudin, structure friable
4	selles en forme de boudin, structure douce et lisse
5	selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles)
6	selles molles à très molles aux contours imprécis
7	selles aqueuses sans structure (totalement liquides)



Selles ou non ? Besoin ou non ?  
Prolapsus/rectocèle ?  
Poussée abdominale +++ : anisme

Eliminer une cause secondaire +++



# Constipation fonctionnelle = Diagnostic d'élimination

- Bilan minimal
  - Biologique : NFS, CRP, TSH, créatinine, calcémie
- Bilan endoscopique si signes d'alarme
  - Âge > 50 ans
  - Sang dans les selles ou anémie
  - Amaigrissement
  - Apparition ou modification récente des symptômes

# Constipation d'origine digestive

- Cancers colorectaux
- Sténoses coliques non cancéreuses
- Maladies de Hirschsprung

# Constipation secondaire

- Secondaire à des maladies extra-digestives

- Neurologiques

- Parkinson, tumeur médullaire, traumatisme médullaire, AVC, neuropathie, SEP...

- Métaboliques

- Diabète, hypothyroïdie, hypercalcémie, hypomagnésémie, amylose...

- Médicamenteuses

- Opiïdes, anticholinergiques, antidépresseurs, neuroleptiques, sels de fer...

# Constipation environnementale

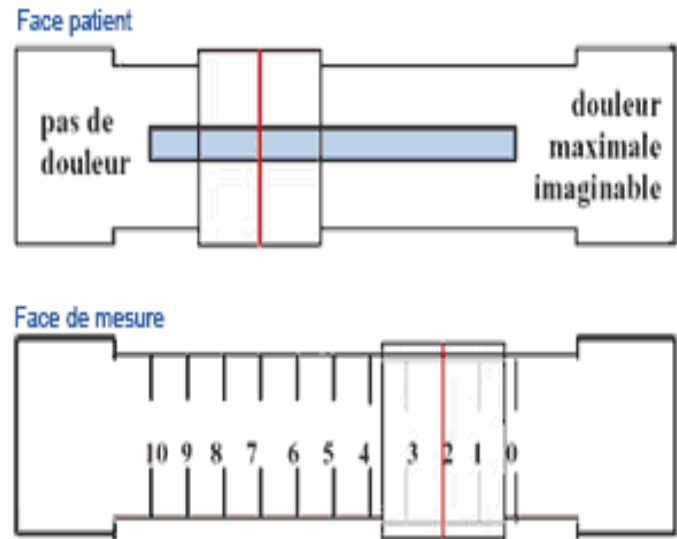
- Alitement
- Changement d'habitude de vie
- Manque d'activité physique
- Prise de fibres en quantité insuffisante
- Refus de satisfaire le besoin exonérateur

Prise en charge thérapeutique  
de 1<sup>ère</sup> intention de la constipation  
avant la réalisation d'examen spécifiques

# Objectifs et efficacité des traitements

- Objectifs:
  - Soulager les symptômes
  - Améliorer la qualité de vie
  - Traitement de la cause
- Évaluation:
  - Globale (tous les symptômes)
  - Par symptôme (EVA)
  - Qualité de vie

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



# Règles hygiéno-diététiques

- Education
  - Rythme régulier de défécation
  - Surélever les pieds
- Hydratation suffisante (Hépar)
- *Activité sportive*
- Augmenter l'apport en fibres
  - Fibres solubles
  - Jusqu'à 25-35g/J
  - EI: ballonnements



# Quid des fibres?

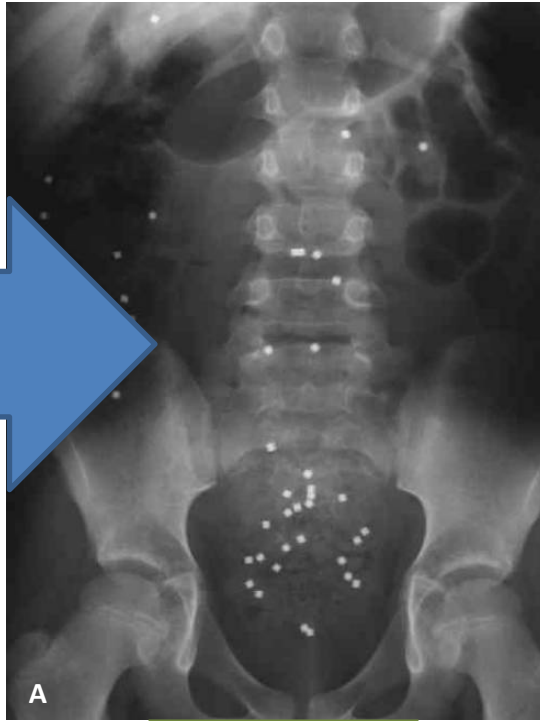
ALIMENTS	Contenu en fibre g/100g de Poids crus	Contenu en fibre g/100g de Poids cuits
<b>LEGUMES</b>		
Artichaut	5	8
Carotte	3	3
Champignons		2.5
Chou	4	4
Epinards	6.5	2.7
Laitue	1	
Mâche	2	
Petits pois		6
Poireaux		3
Soja (haricots mungo)	1.7	6
<b>LEGUMES SECS</b>		
Haricots secs		6
Lentilles		6
Pois cassés		9
Pois chiches		6
Flageolets		5
<b>PRODUITS CÉRÉALIERS</b>		
Graines de Chia		34
Farine complète		9.5
Pain complet		7
Pain blanc (baguette)		2.5
Pain de mie		3.4
Riz complet		2.5
Son de blé		40
Son d'avoine		16

FRUITS	Contenu en fibre g/100g de Poids crus
Amandes	9
Cacahouètes	7
Dattes	7
Figues sèches (fraîches)	10 (3)
Noix de cajou	3.5
Noix de coco sèche	14
Pruneaux	7
Raisins secs	3.6
Fraise	1.5
Framboise	6
Groseille	4.2
Pêche	2
Poire avec peau	3
Pomme avec peau	2



# Traitement selon le type de constipation suspectée

- Difficultés d'exonération
- Absence de sensation de besoin
- Manœuvres digitales
- Matières au TR



- Selles Bristol 1-2
- >3 selles/sem
- Ballonnements
- Douleurs abdo

Suppositoires  
Lavements

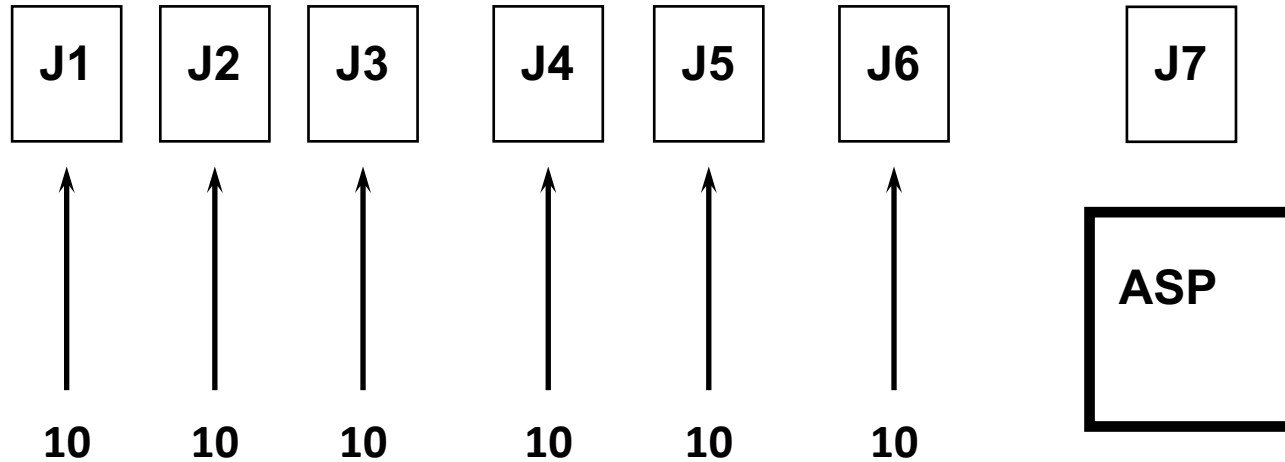
Laxatifs  
osmotiques,  
de lest

# Prise en charge thérapeutique de 2<sup>ème</sup> intention

Déterminer le mécanisme sous-  
jaçant

=> Temps de transit des marqueurs  
coliques

# Temps de transit des marqueurs



**Colon droit**                      **CD n marqueurs x 2.4 = TTM en heures**

**Colon gauche**                      **CG n marqueurs x 2.4 = TTM en heures**

**Rectosigmoïde**                      **RS n marqueurs x 2.4 = TTM en heures**

---

**Total**

# Traitement de 2<sup>ème</sup> intention

Guidera les  
examens +  
traitements



Biofeedback,  
± Lavements  
peristeen

Laxatifs  
stimulants,  
lubrifiants,  
prokinétiques

# Constipation de transit



# Traitements possibles

- Laxatifs stimulants
  - Séné
  - Bisacodyl
- Laxatifs prokinétiques
  - Mestinon
  - Prucalopride (non remboursé, 80€/mois...)
- **A EVITER DANS LE SII!**

# Prokinétique

- Pyridostigmine=Mestinon<sup>®</sup>
  - Parasympathomimétique
  - Atonie intestinale
  
- Le prucalopride=Resolor<sup>®</sup>
  - Agonistes récepteurs 5-HT4
  - Après échec des laxatifs standards
  - Non remboursé (80 euros/mois...)

# Patient neurologique

- Associations de traitements ++
  - Laxatifs de lestés et/ou osmotiques
- !! Eviter laxatifs lubrifiants au long cours
- Laxatifs stimulants
  - Séné
  - Bisacodyl
- Laxatifs prokinétiques
  - Mestinon



# Constipation distale

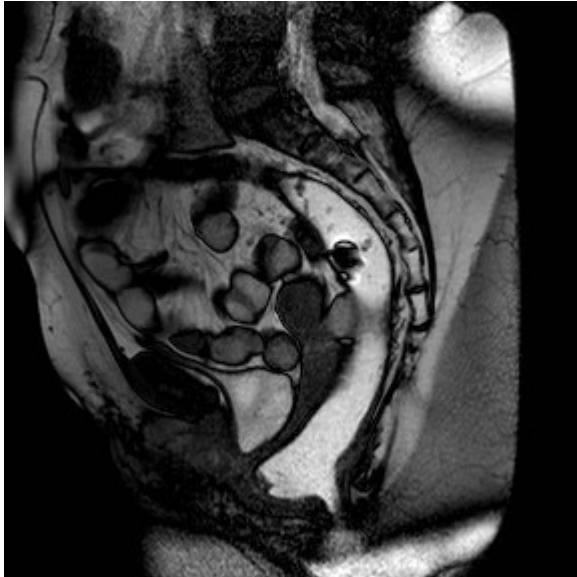
- Déterminer les mécanismes sous-jacents
  - MAR, test d'expulsion du ballonnet, défécographie ou déféco-IRM..
    - Si suspicion de constipation distale



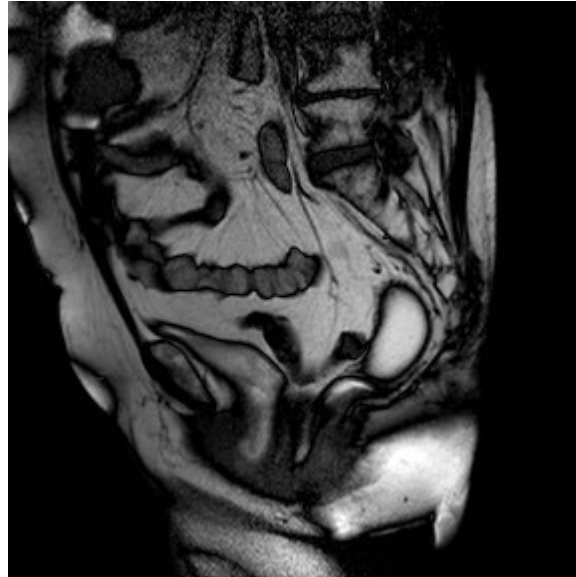
# A part : Déféco-graphie/IRM

## Anomalies de la statique pelvienne

Rectocèle



Entérocele



Prolapsus

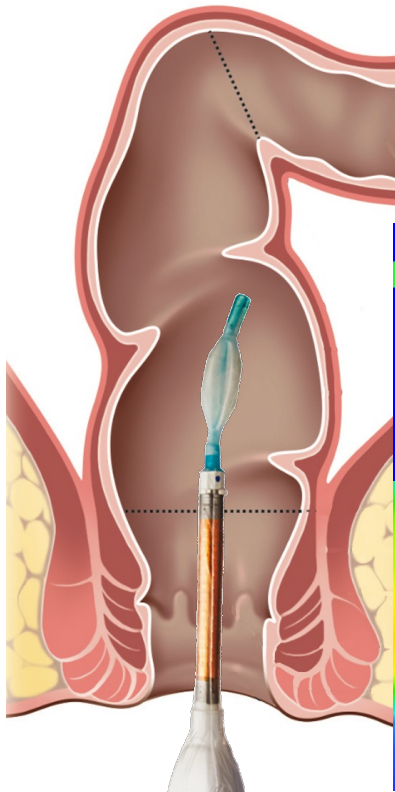


Prise en charge chirurgicale ?

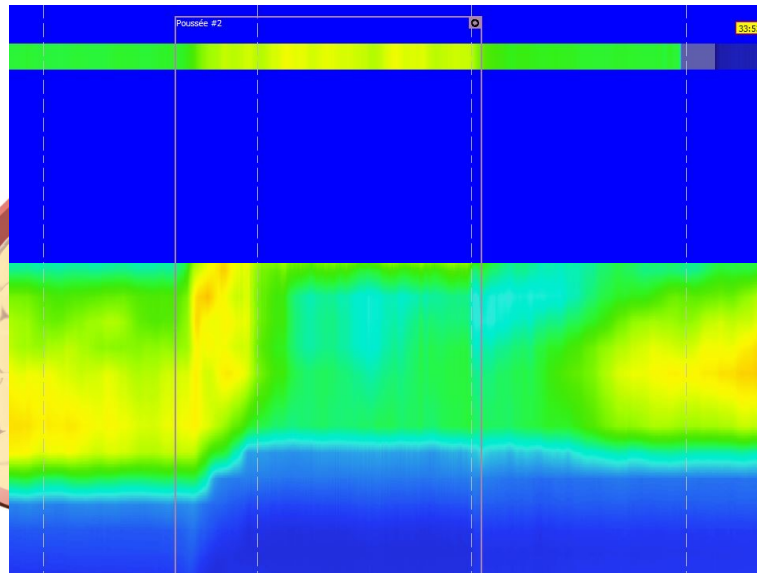
# Constipation distale neurologique

- Anisme (défaut d'ouverture du canal anal)
- Hypocontractilité rectale (défaut de propulsion)
- Hyposensibilité rectale (perte sensation de besoin exonérateur)

# Manométrie ano-rectale

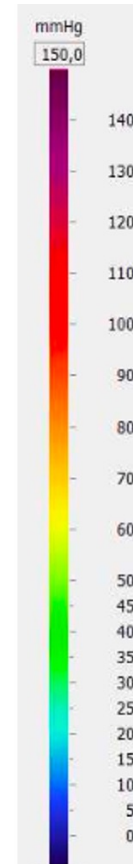


Valsalva



10s

Temps

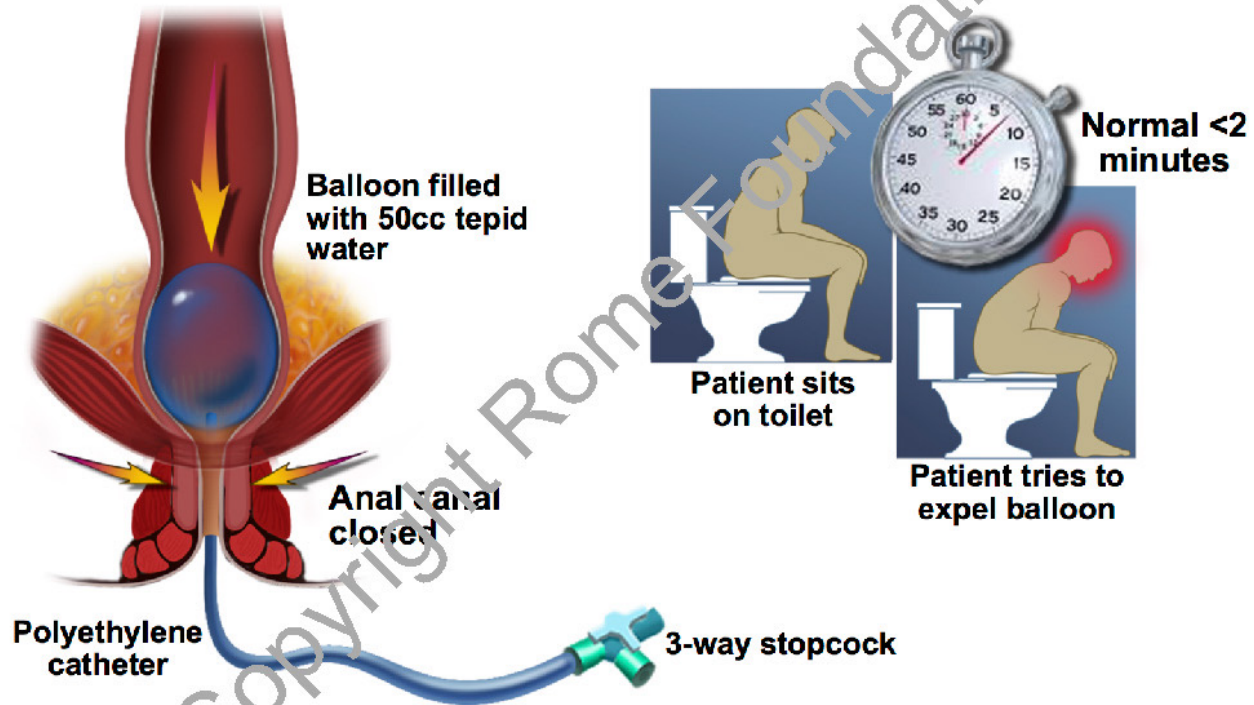


Pression  
(mmHg)

Synergie recto-  
sphinctérienne

Sensibilité rectale

# Balloon Expulsion Test



Chiarioni G, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; (12) 12:2049

14-28 AM22

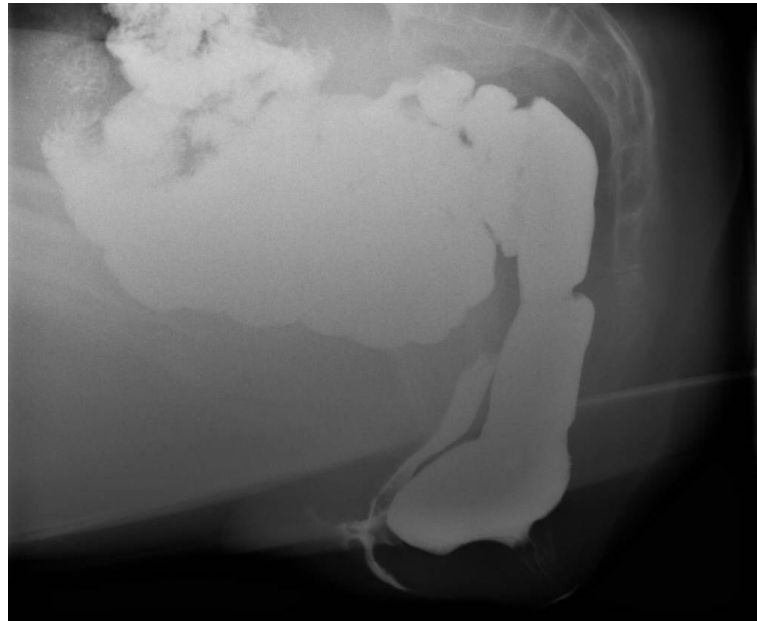


- 50 mL air ou eau
- Evacuation en moins de 2 à 3 minutes

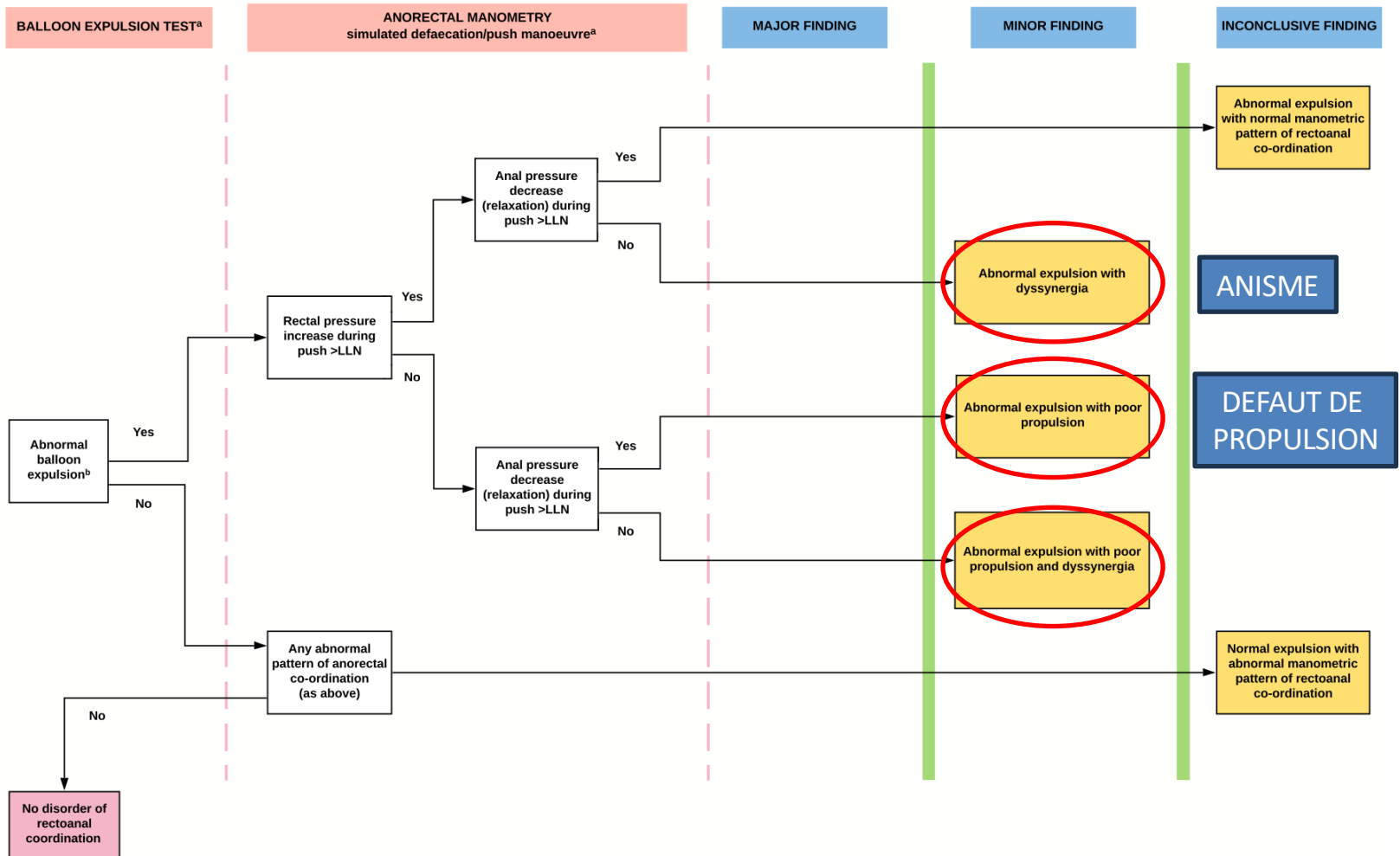


# Défécographie

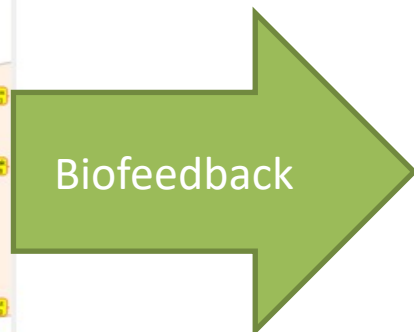
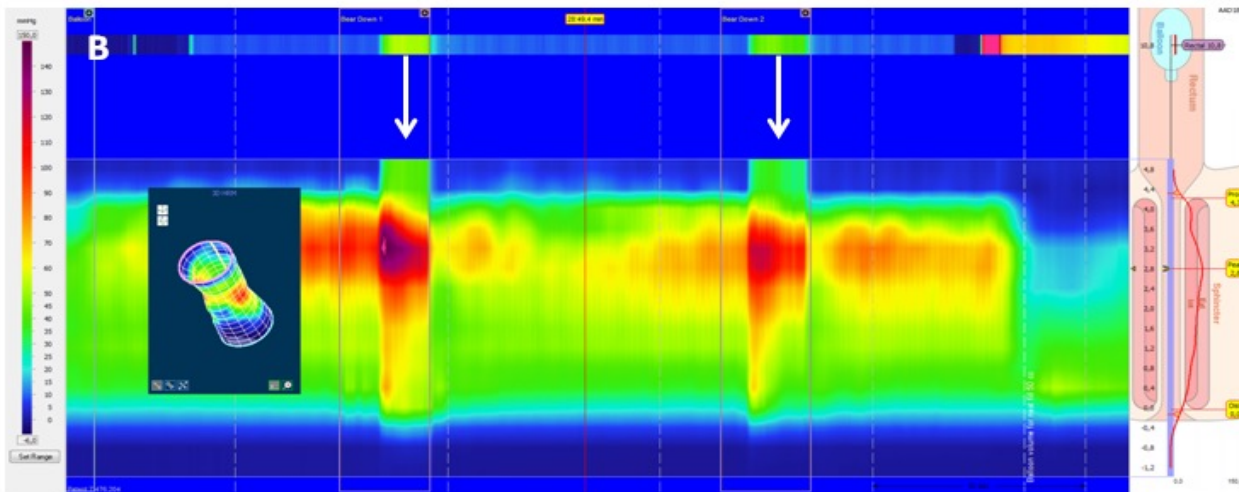
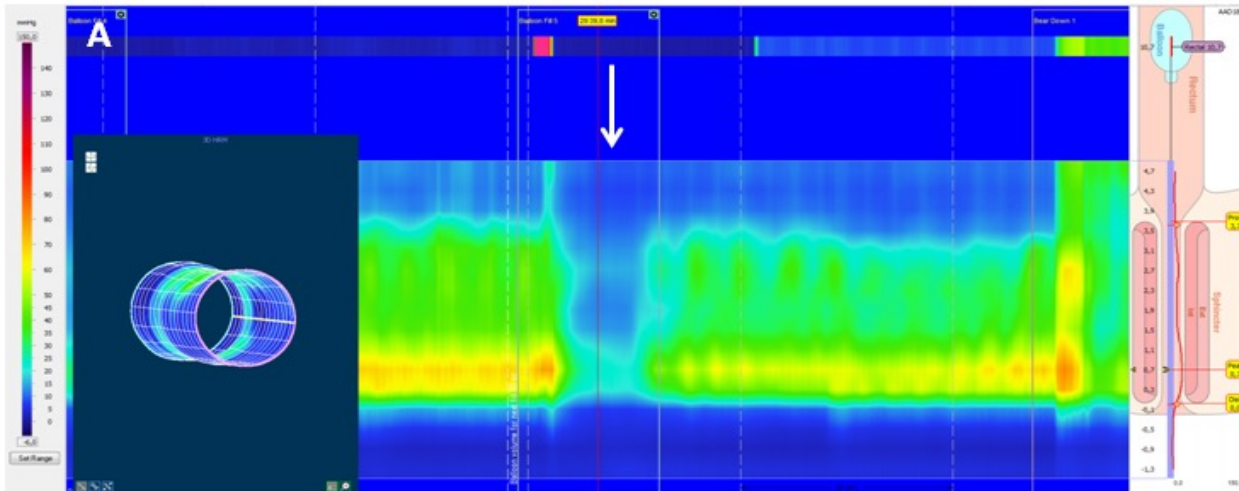
- Défaut ouverture canal anal
- Angulation ano-rectale



## LONDON CLASSIFICATION PART III: DISORDERS OF RECTOANAL COORDINATION



# MAR haute résolution





# Rééducation périnéale AVEC biofeedback

GASTROENTEROLOGY 2005;129:86-97

## Biofeedback Benefits Only Patients With Outlet Dysfunction, Not Patients With Isolated Slow Transit Constipation

GIUSEPPE CHIARIONI,\* LARA SALANDINI,\* and WILLIAM E. WHITEHEAD<sup>†</sup>

\*Divisione di Riabilitazione Gastroenterologica, Università di Verona, Azienda Ospedaliera di Verona, Centro Ospedaliero Clinicizzato, Valeggio sul Mincio, Verona, Italy; and <sup>†</sup>UNC Center for Functional Gastrointestinal and Motility Disorders, and Division of Gastroenterology and Hepatology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina

- Amélioration des symptômes dans 70% des cas
- Au moins 10 séances

Sur l'ordonnance :

- AVEC BIOFEEDBACK ANAL +++



# Rééducation périnéale AVEC biofeedback

*Statement 55: Biofeedback is the preferred treatment for constipation due to functional defecation disorders whenever dedicated expertise is available, regardless of abnormal bowel transit*

- Level of evidence: Moderate
  - Recommendation: Strong
  - Level of agreement: 100%
- 
- Difficultés d'accès +++
  - Faire son réseau



**AFRePP**  
Association Française  
de Rééducation en  
Pelvi-Périnéologie

# Irrigations coliques par voie transanale (Peristeen plus)

*Review*

## Transanal Irrigation for Neurogenic Bowel Disease, Low Anterior Resection Syndrome, Faecal Incontinence and Chronic Constipation: A Systematic Review

Mira Mekhael <sup>1,2,3,\*</sup>, Helle Ø Kristensen <sup>1,2</sup>, Helene Mathilde Larsen <sup>1,2,3</sup> , Therese Juul <sup>1,2,3</sup> ,  
Anton Emmanuel <sup>4</sup>, Klaus Krogh <sup>2,5</sup> and Peter Christensen <sup>1,2,3</sup>

AMM :

- Traitement des troubles colo-rectaux par **atteinte neurologique**, se traduisant par une constipation et/ou incontinence fécale chroniques, rebelles au traitement médical bien conduit

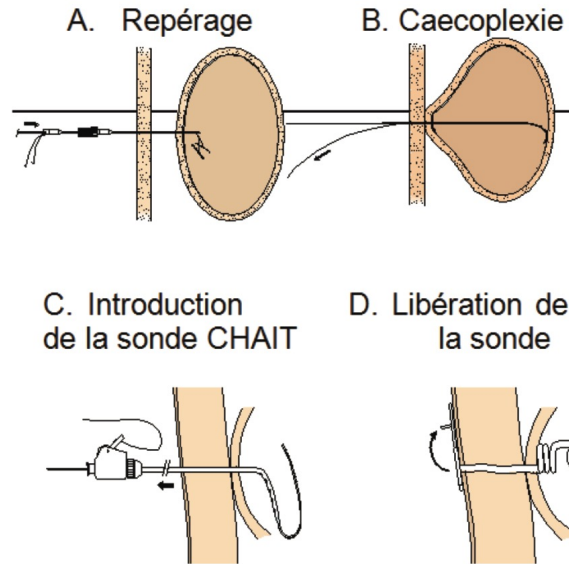
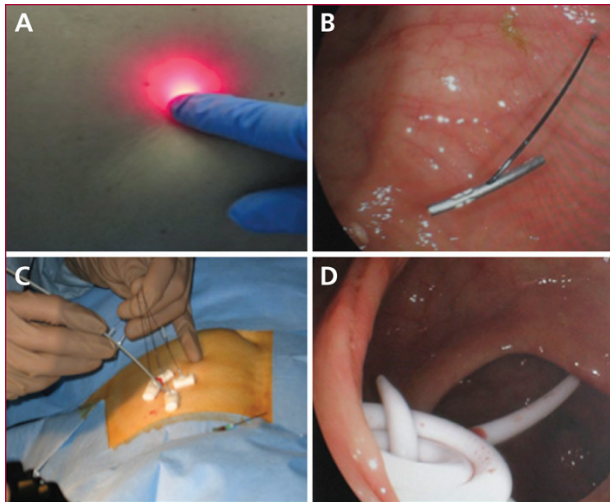


# *Peristeen : Quelles recommandations au patient ?*

- Compréhension de l'intérêt et du fonctionnement du dispositif
  - Outils : vidéos (snfcp), planches fabricant explicatives
- Chronophage = adhésion du patient !
  - Fréquence : tous les 2 ou 3 jours
  - 30-45 minutes par séance
  - Vs. situation actuelle
- Accompagnement +++
  - Suivi
  - Mise en place avec un professionnel formé
  - Possibilité de réalisation au domicile avec IDE formée
  - Livret de suivi ++
- Acceptabilité du patient
  - Temps de réflexion
- Poursuite des laxatifs per os si constipation de transit associée +++

# Caecostomie percutanée par voie endoscopique

= Alternative à l'intervention chirurgicale classique "Malone"

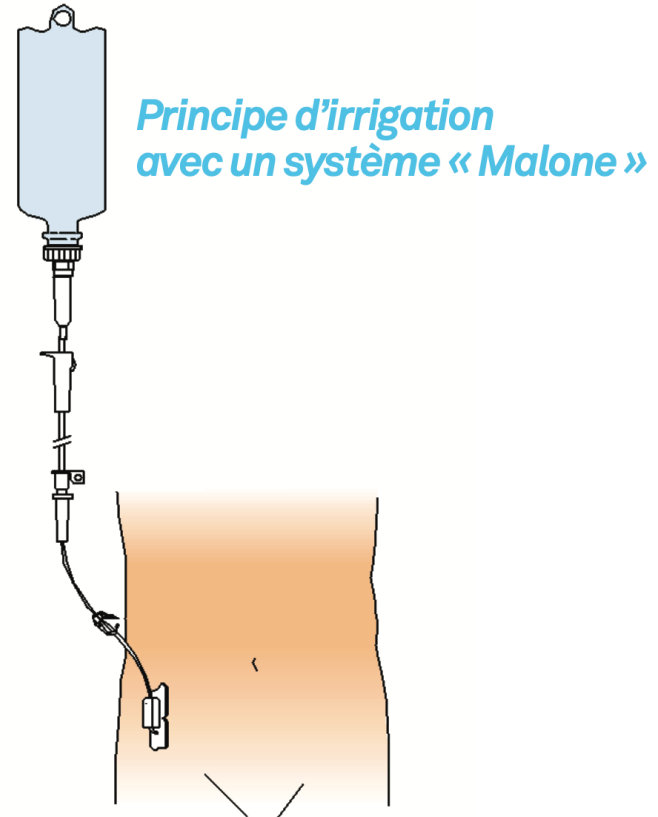


Caecostomie percutanée



# Caecostomie percutanée par voie endoscopique

Jusqu'à 2L d'irrigations par séance  
2 à 3 fois par semaine



# Caecostomie percutanée par voie endoscopique

---

- Avantages :
  - Mini-invasive
  - VS. Malone classique : a priori moins de complications (sténose, fuites stomiales, nécrose appendiculaire, perforation)
    - Caecopexie
  - Peut être réalisé chez des patients à risque chirurgical élevé
  - Réversible (30% d'inefficacité du Malone chirurgical+++)

# Les probiotiques

- Pas de preuve dans la constipation



# Prise en charge thérapeutique du SII-Constipé

en plus de la prise en charge du transit

Prise en charge de la douleur abdominale ++

# Médicaments proposés sur des données validées dans le SII




Dénomination commune internationale (nom commercial)	Contre-indication	Posologie quotidienne	Effets indésirables
Alvérine (+ siméticone : Météospasmyl)	Aucune	60 mg (+ 300 mg siméticone) x 3	Vertiges, céphalées Rash cutané
Clidinium (avec chlordiazépoxyde : Librax)	Insuffisance respiratoire sévère Syndrome dépressif majeur Glaucome	2,5 mg x 2-4	Insomnie Rétention d'urines Amnésie antérograde
Mébévérine (Duspatalin, Mébévérine)	Aucune	200 mg x 2-3	Nausées, vertiges Céphalées
Montmorillonite beidellitique (Bedelix)	Aucune	3 g x 2	Rash cutané, prurit
Phloroglucinol (Météoxane, Spasfon, Phloroglucinol)	Aucune	2 gélules x 3	Éruption cutanée, prurit
Pinavérium (Dicetel)	Aucune	100 mg x 2	Dysphagie Rash cutané, prurit
Trimébutine (Débridat, Trimébutine)	Aucune	100 mg x 3	Lipothymies Rash cutané Urticaire
Amitriptyline (Laroxyl)	Glaucome Traitement par IMAO	10-12,5 mg	Constipation Tachycardie
Imipramine (Tofranil)	Infarctus du myocarde récent Troubles uréthro-prostatiques	50 mg	Rétention d'urines Sécheresse buccale Insomnie, agitation, cauchemars
Citalopram (Citalopram, Seropram)		20 mg puis 40 mg après 3 semaines	Constipation/diarrhée Nausées, vertiges, baisse de l'appétit
Fluoxétine (Fluoxétine, Prozac)	Traitement par IMAO Cardiopathies avec QT long	20 mg	Insomnie, tremblements Éruption cutanée
Paroxétine (Paroxétine, Deroxat)		10-40 mg	Dysfonction sexuelle Myalgies (citalopram)

# Méta-analyses : Probiotiques dans le SII

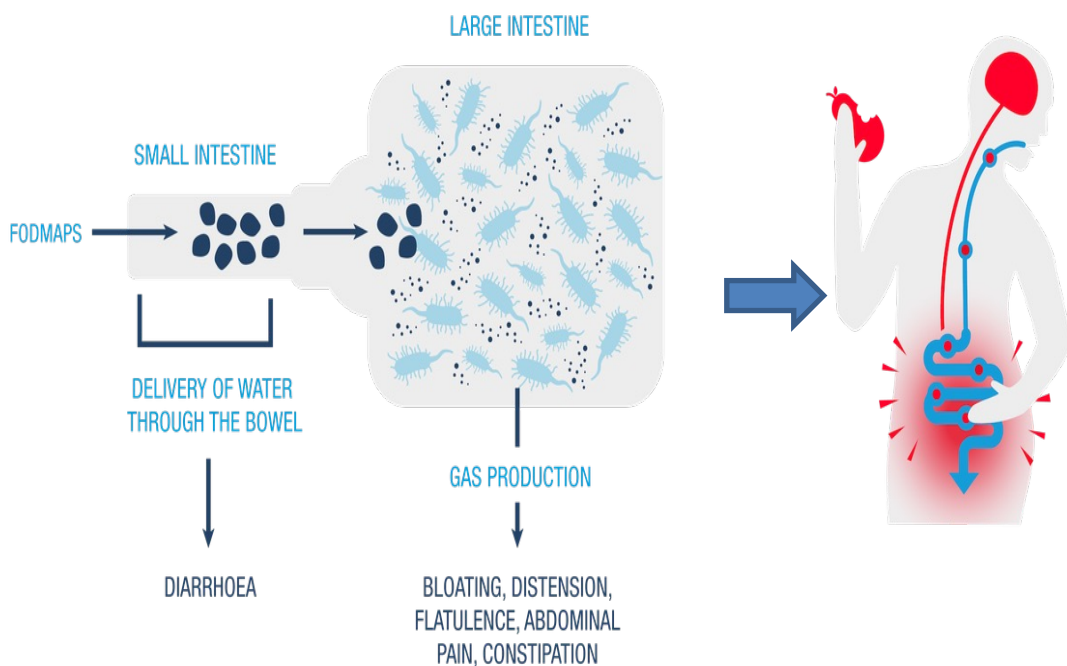
## RÉSULTATS DES MÉTA-ANALYSES AYANT ÉVALUÉ L'EFFET DES PROBIOTIQUES COMME TRAITEMENT DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE

Auteur	Essais analysables (n)	Malades inclus dans l'analyse (n)	Conclusion générale
Mc Farland 2008	20	1 404	<b>Probiotiques efficaces</b> Réduction globale du risque de persistance des symptômes (RR : 0,77 ; IC à 95 % : 0,62-0,94)
Hoveyda 2009	14	1 295	<b>Probiotiques efficaces</b> Augmentation globale de la probabilité d'amélioration des symptômes (RR : 1,63 ; IC à 95 % : 1,23-2,17)
Brenner 2009	16	1 342	La plupart des essais ont de trop nombreuses faiblesses méthodologiques <i>Bifidobacterium infantis</i> 35624 est le seul probiotique ayant démontré son efficacité dans des essais de bonne qualité
Moayyedi 2010	18	1 650	<b>Probiotiques efficaces</b> Réduction globale du risque de persistance des symptômes (RR : 0,71 ; IC à 95 % : 0,57-0,88)
Whelan 2011	NP	NP	<b>Probiotiques efficaces</b>
Ortiz-Lucas 2013	10	NP	<b>Probiotiques efficaces</b> Réduction des douleurs abdominales et de la distension
Ford 2014	35	3 452	<b>Probiotiques efficaces</b> Réduction globale du risque de persistance des symptômes (RR : 0,79 ; IC à 95 % : 0,70-0,89) NNT : 7

# FODMAPs

excess fructose	lactose	fructans	galactans	polyols
<p><b>fruit</b> apple, mango, nashi, pear, tinned fruit in natural juice, watermelon</p> <p><b>sweeteners</b> fructose, high fructose corn syrup</p> <p><b>large total fructose dose</b> concentrated fruit sources, large serves of fruit, dried fruit, fruit juice</p> <p><b>honey</b> corn syrup, fruisana</p> 	<p><b>milk</b> milk from cows, goats or sheep, custard, ice cream, yoghurt</p> <p><b>cheeses</b> soft unripened cheeses eg. cottage, cream, mascarpone, ricotta</p> 	<p><b>vegetables</b> artichoke, asparagus, beetroot, broccoli, brussels sprouts, cabbage, fennel, garlic, leek, okra, onion (all), shallots, spring onion</p> <p><b>cereals</b> wheat and rye, in large amounts eg. bread, crackers, cookies, couscous, pasta</p> <p><b>fruit</b> custard apple, persimmon, watermelon</p> <p><b>miscellaneous</b> chicory, dandelion, inulin, pistachio</p>	<p><b>legumes</b> baked beans, chickpeas, kidney beans, lentils, soy beans</p> 	<p><b>fruit</b> apple, apricot, avocado, blackberry, cherry, longan, lychee, nashi, nectarine, peach, pear, plum, prune, watermelon</p> <p><b>vegetables</b> cauliflower, green capsicum (bell pepper), mushroom, sweet corn</p> <p><b>sweeteners</b> sorbitol (420) mannitol (421) isomalt (953) maltitol (965) xylitol (967)</p>

IBS Self Help and Support Group - [www.ibsgroup.org](http://www.ibsgroup.org)



# Régime pauvre en FODMAPs

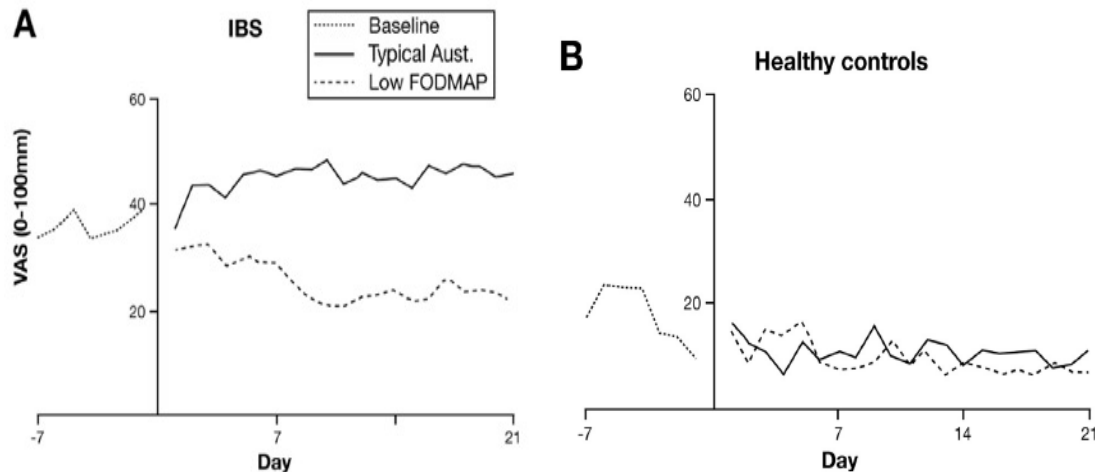


- 30 patients SII (13 SII-C); 8 sujets sains
- Appariés sur données démographiques et alimentation (FODMAPs  $\approx$  16 g/j)

Après 1 semaine : étude alimentation

Randomisation : Low FODMAP diet (<0.5 g/repas) vs Alimentation australienne normale

## Symptômes digestifs (EVA)

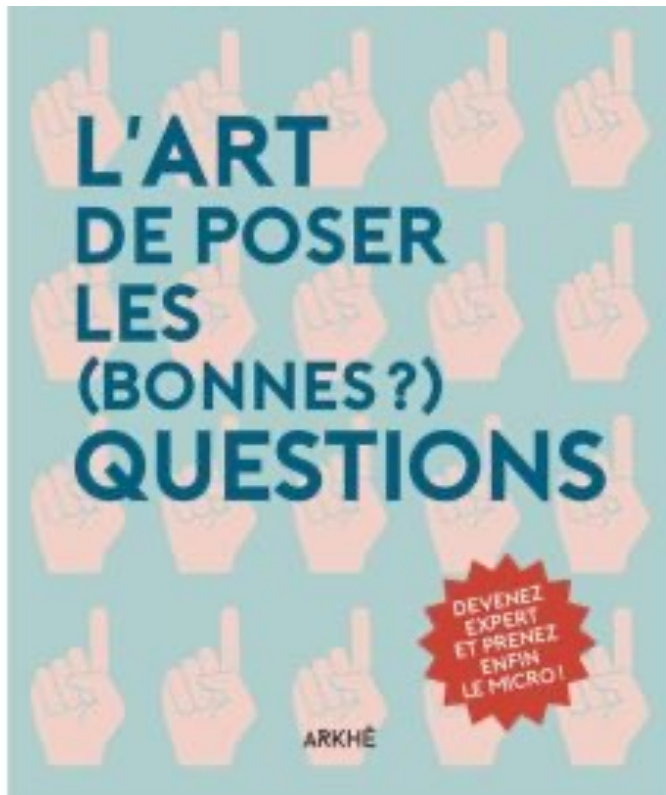


# Conclusion : Constipation

- La constipation est fréquente et altère la qualité de vie des patients
- Il convient d'éliminer une cause secondaire++
- Traitement de 1<sup>ère</sup> intention
- En cas d'échec exploration pour déterminer si constipation de transit ou distale pour adapter le ttt
- En cas de SII-C prise en charge de la douleur abdominale associée

# Plan

- Constipation
  - Distale ou de transit ?
- Incontinence anale



1) Fuite ou pas fuite ?

2) Délai de retenue ?

Prévalence entre 2 et 21% selon les études...

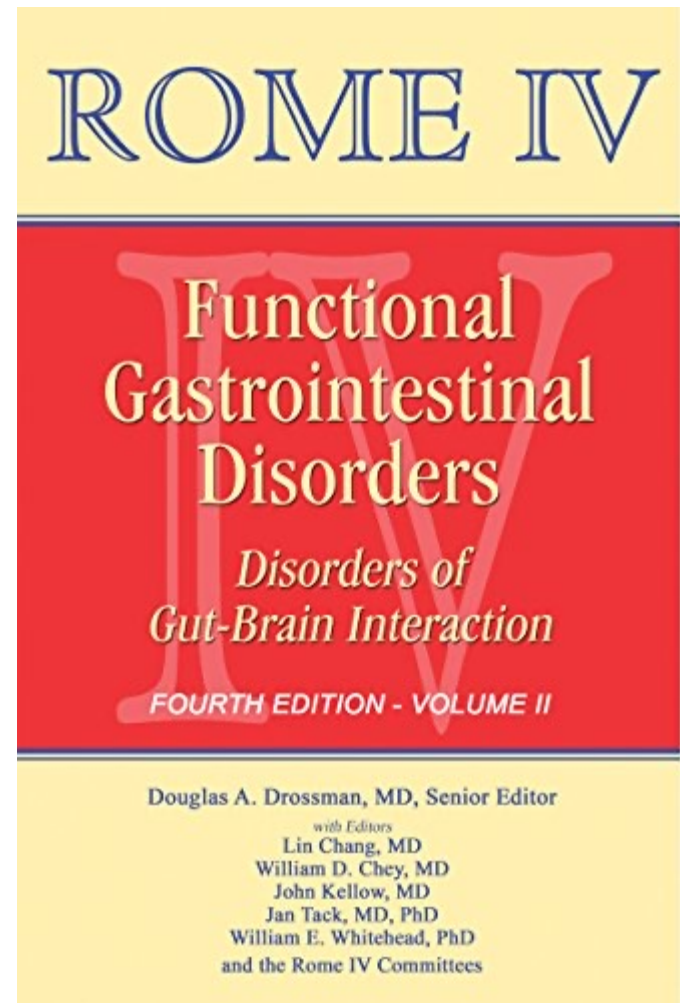


# Diagnostic positif facile

- $\geq 2$  épisodes de perte involontaire de selles (liquide ou solide) par mois

Prévalence entre 2 et 21% selon les études...

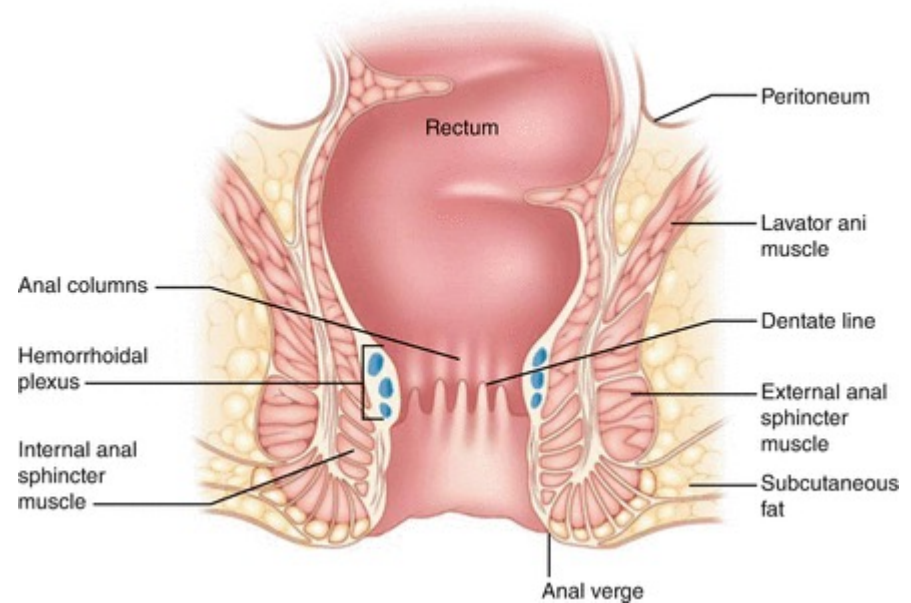
- Evaluer la sévérité et le retentissement +++



# Et pourtant pas si simple...

Problème du **MECANISME** de l'incontinence => souvent multifactorielle !

- Tb du transit
- Défect sphinctérien
- Atteinte neurologique
- Tb statique pelvienne
- Microrectum
- ...



# Et pourtant pas si simple...

Problème du **MECANISME** de l'incontinence => souvent multifactorielle !

L'interrogatoire seul ne permet pas de distinguer les mécanismes de l'incontinence

- Active
- Passive
- Mixte

International Journal of Colorectal Disease  
<https://doi.org/10.1007/s00384-020-03803-8>

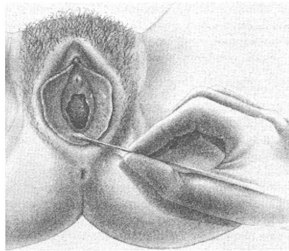
REVIEW



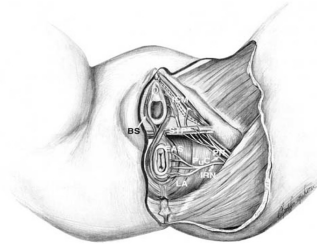
**Comparison of clinical and paraclinical characteristics of patients with urge, mixed, and passive fecal incontinence: a systematic literature review**

# Et pourtant pas si simple...

- Importance de **l'examen clinique** / Examen neuropérinéal
- Traquer l'origine neurologique (association TVS + GS)



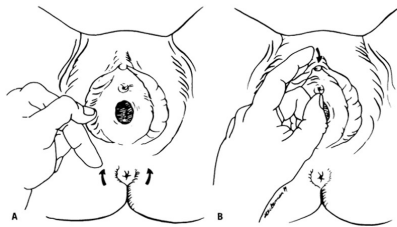
Touch sensation



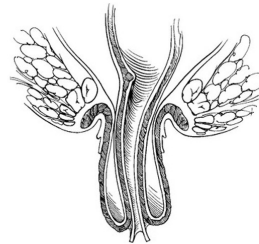
Anal tone



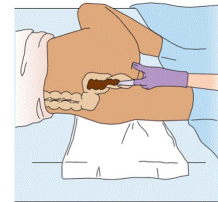
Anal sphincter strenght



Abolition of BC reflex



Prolaps










Fecal impaction

Prise en charge de 1<sup>ère</sup> intention

# 1<sup>ère</sup> étape = Traiter les facteurs réversibles +++

- Normalisation du transit



'Bristol stool form scale'	
type de selles	description
1	 selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles)
2	 selles en forme de billes collées
3	 selles en forme de boudin, structure friable
4	 selles en forme de boudin, structure douce et lisse
5	 selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles)
6	 selles molles à très molles aux contours imprécis
7	 selles aqueuses sans structure (totalement liquides)

- => Améliorera plus de la moitié des patients +++

# Irrigations coliques par voie transanale (Peristeen plus)

*Review*

## Transanal Irrigation for Neurogenic Bowel Disease, Low Anterior Resection Syndrome, Faecal Incontinence and Chronic Constipation: A Systematic Review

Mira Mekhael <sup>1,2,3,\*</sup>, Helle Ø Kristensen <sup>1,2</sup>, Helene Mathilde Larsen <sup>1,2,3</sup> , Therese Juul <sup>1,2,3</sup> , Anton Emmanuel <sup>4</sup>, Klaus Krogh <sup>2,5</sup> and Peter Christensen <sup>1,2,3</sup>

AMM :

- Traitement des troubles colo-rectaux par **atteinte neurologique**, se traduisant par une constipation et/ou incontinence fécale chroniques, rebelles au traitement médical bien conduit



# 2<sup>ème</sup> étape = rééducation périnéale AVEC biofeedback

## Randomized Controlled Trial Shows Biofeedback to be Superior to Pelvic Floor Exercises for Fecal Incontinence

Steve Heymen, Ph.D. • Yolanda Scarlett, M.D. • Kenneth Jones, Ph.D.  
Yehuda Ringel, M.D. • Douglas Drossman, M.D. • William E. Whitehead, Ph.D.

Department of Medicine (Division of Gastroenterology and Hepatology) and Center for Functional Gastrointestinal and Motility Disorders, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina

- Au moins 10 séances

Sur l'ordonnance :

- Renforcement musculaire du plancher pelvien
- AVEC BIOFEEDBACK +++





## 2<sup>ème</sup> étape = rééducation périnéale AVEC biofeedback

- 11 études randomisées comprenant 592 patients  
=> 70 % de patients rapportant une amélioration
- Efficacité supérieure du biofeedback par comparaison au traitement médical ?
- Recommandations de grade C
- Difficultés d'accès +++
- Faire son réseau



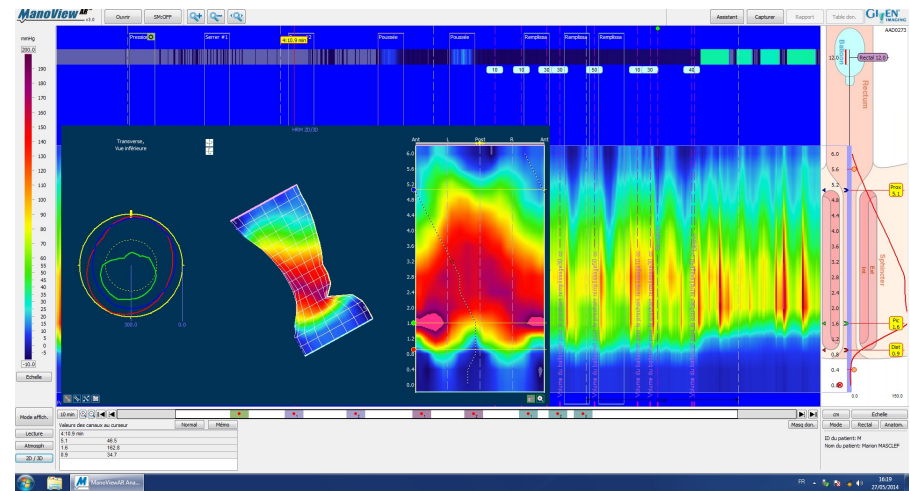
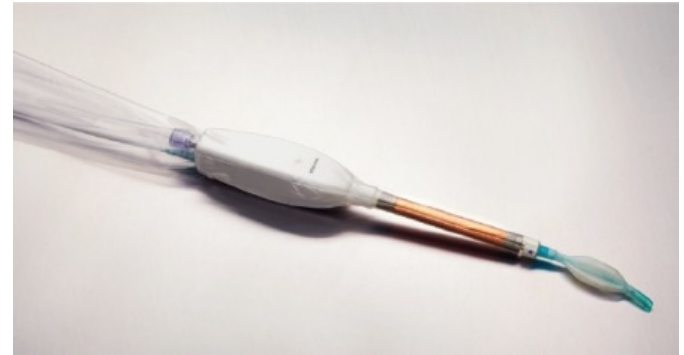
**AFRePP**  
Association Française  
de Rééducation en  
Pelvi-Périnéologie

# Place des examens complémentaires

- Après échec du traitement conservateur (transit régulier, rééducation périnéale)
- Patient suffisamment gêné
- Mécanismes de l'incontinence ?

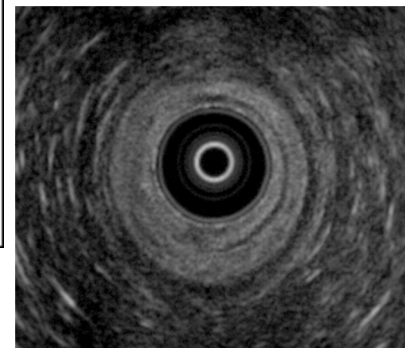
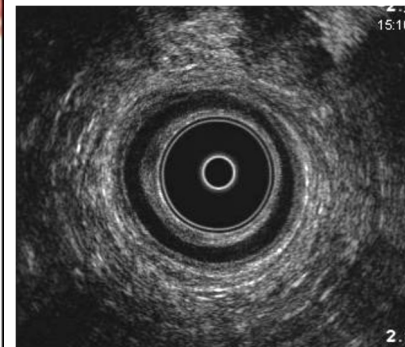
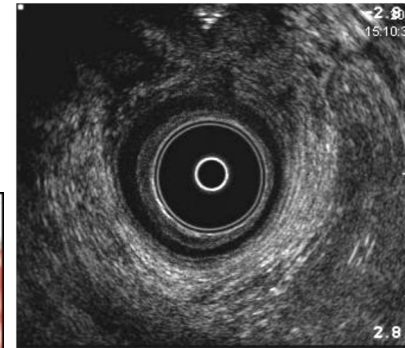
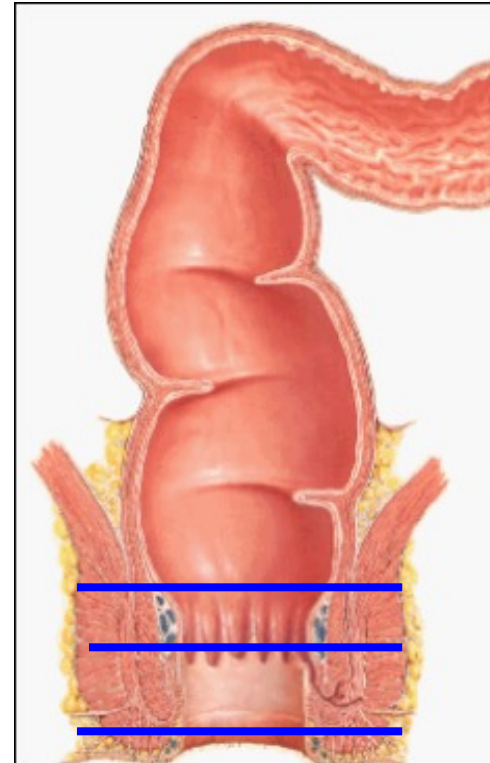
# Manométrie ano-rectale

- Classification de Londres
- Compétence sphinctérienne
- Seuils sensitifs rectaux
- Compliance rectale
- HR : données circonférentielles, moins d'artefacts



# Echographie endo-anale

- Defect du SAE, SAI, SAE & SAI
  - Localisation
  - Etendue (°)
- Defect présent dans >50% des cas chez patients avec IF
- Imputabilité avec symptômes ?



*Karoui et al, 1999; Voyvodic et al, 2003*

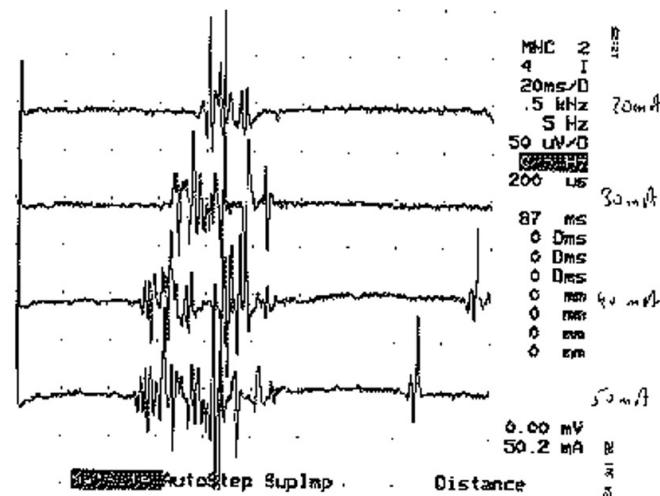
# Colpocystodéfécographie – Déféco-IRM

- En cas de suspicion de trouble de la statique pelvienne
- Non systématique

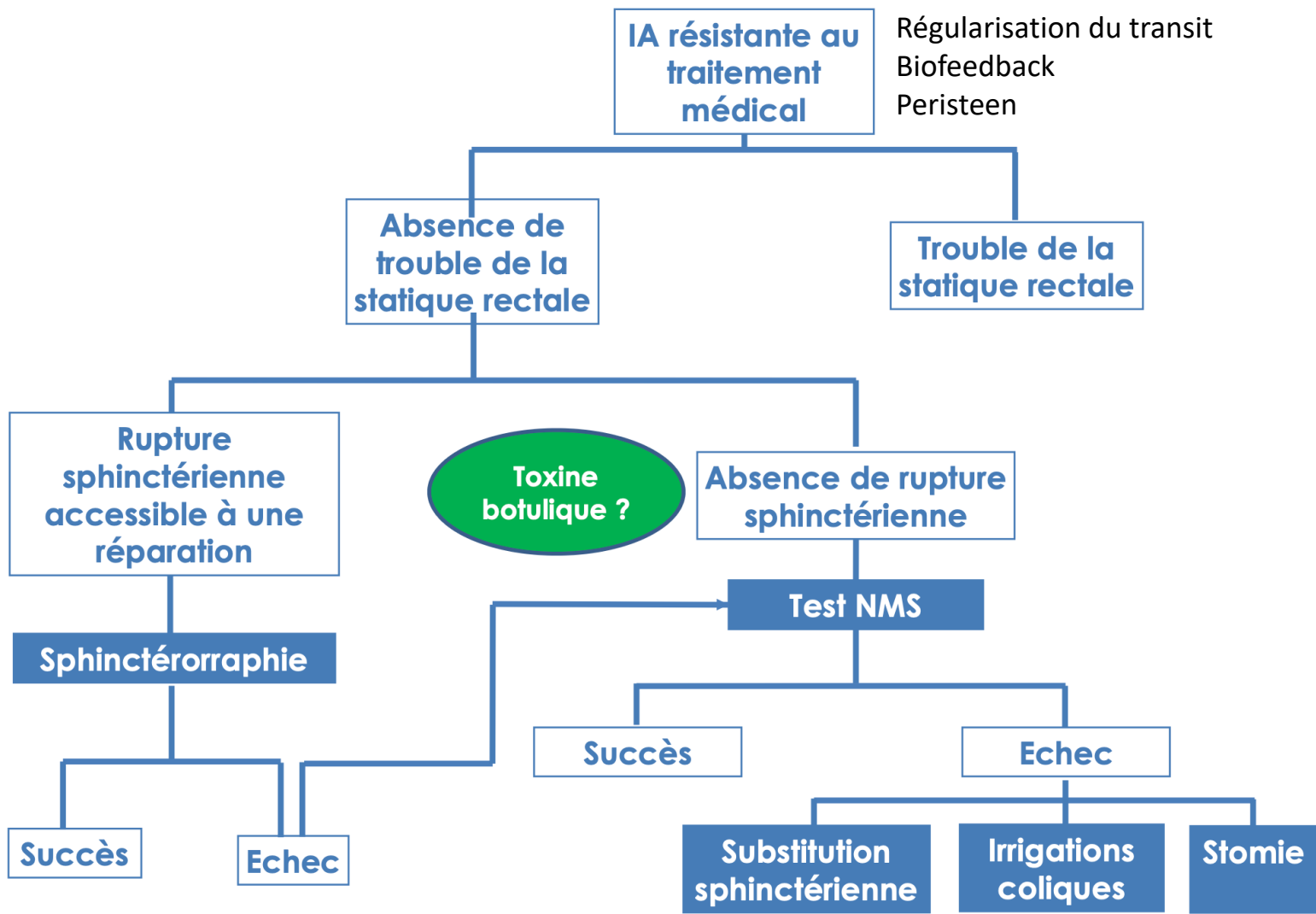


# Tests électrophysiologiques du périnée

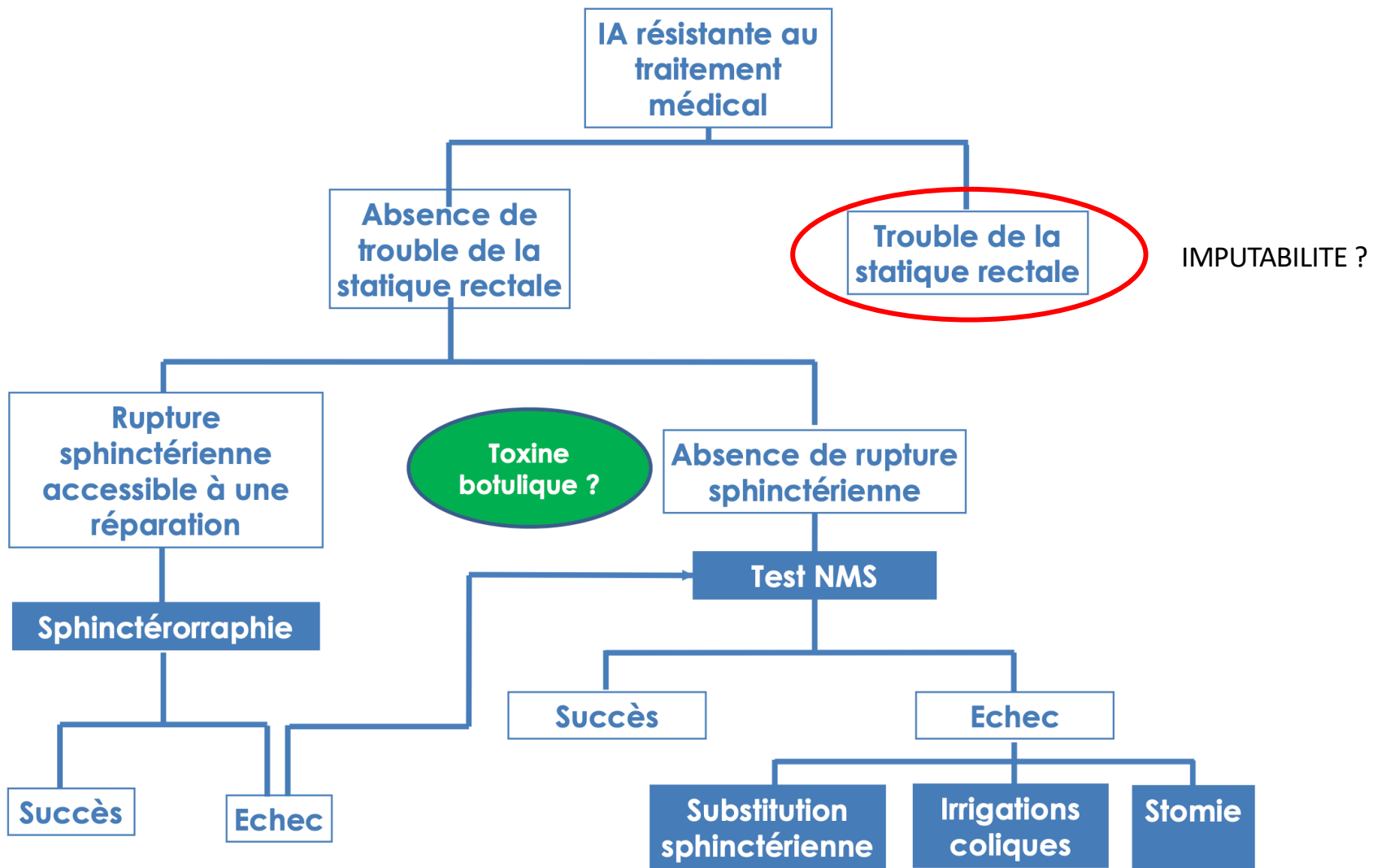
- Documenter une atteinte neurologique
- EMG sphincter anal
- Arc réflexe sacré
- Latence tle motrice du nerf pudendal
- PES, PEM
- Accès limité

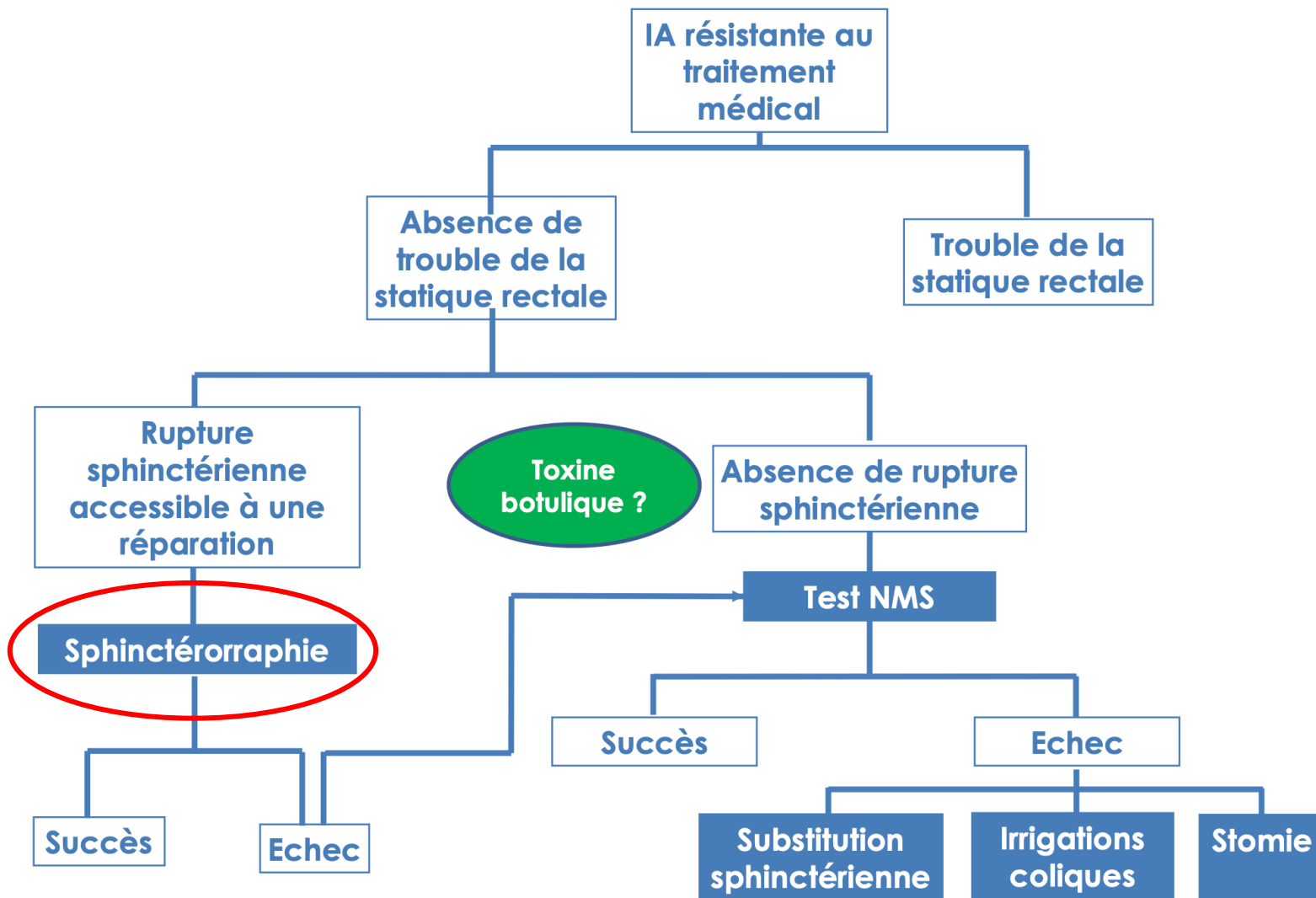


Prise en charge chirurgicale ?



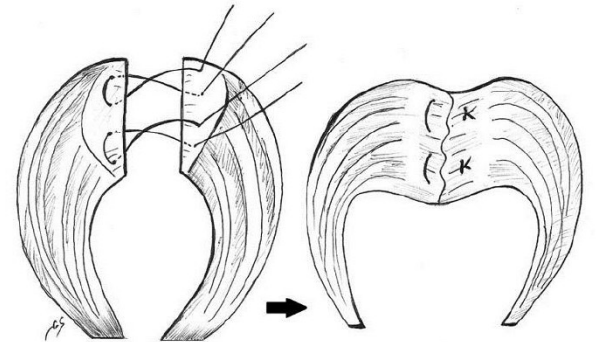
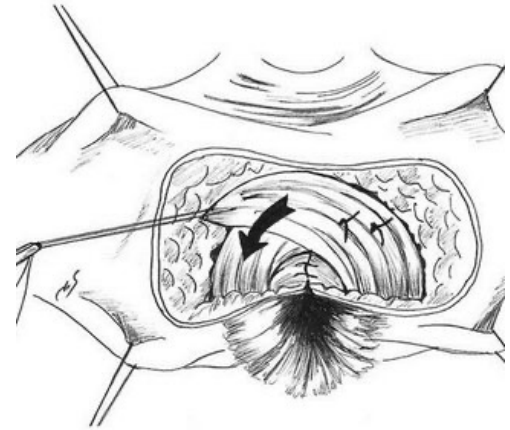




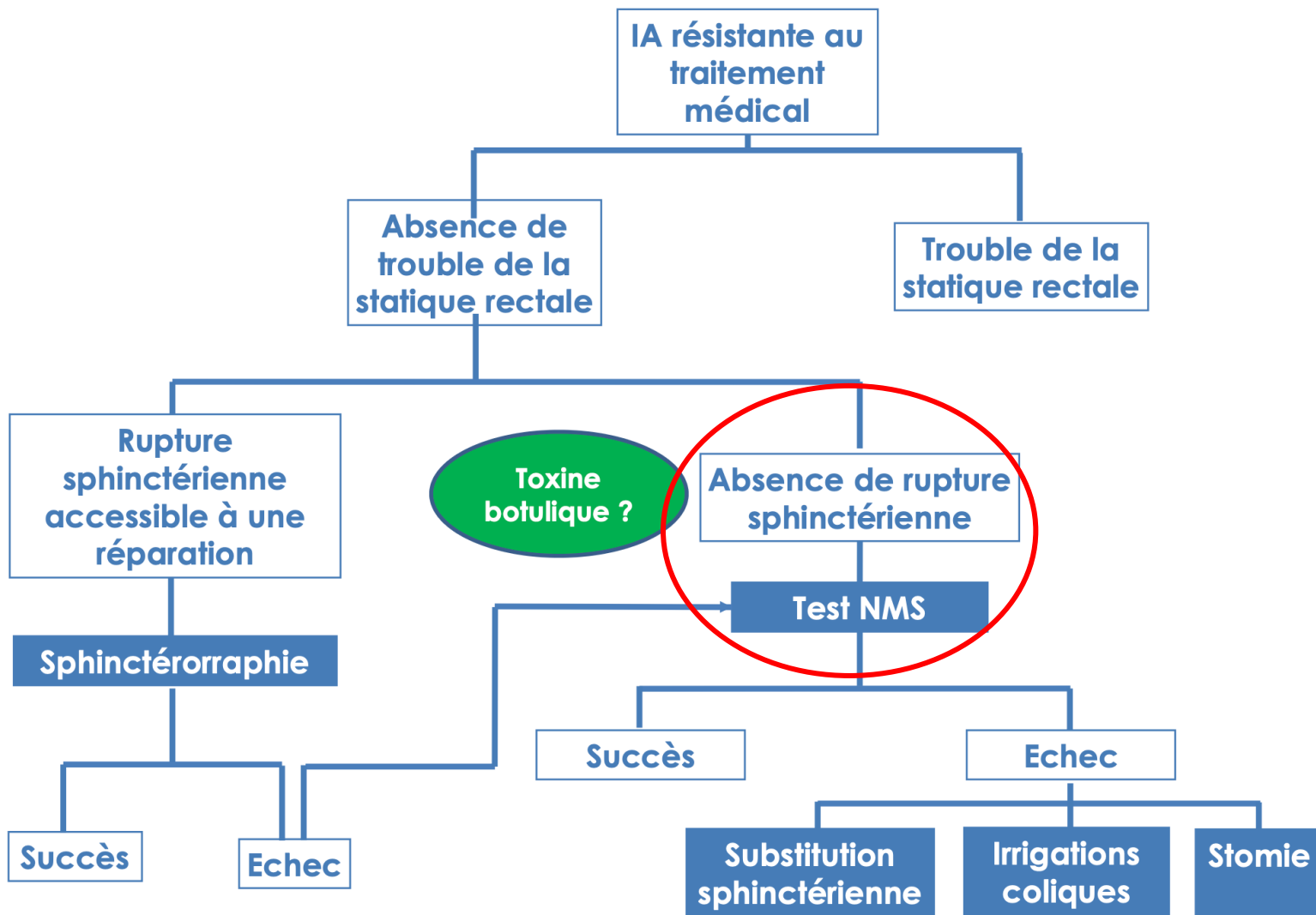


# Prise en charge chirurgicale : sphincterorraphie

- Décevant
- Taux de récidence de >50% à 4-5 ans
- Indication en cas de lésion post-obstétricale
- Réparation immédiate
- Meilleur pronostic si lésion sphinctérienne isolée ++



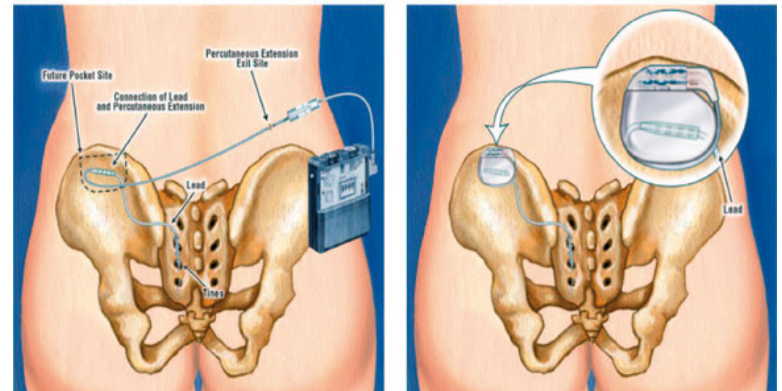
*Karoui et al, 2005; Mevik et al, 2009*



# Prise en charge chirurgicale : neuromodulation des racines sacrées



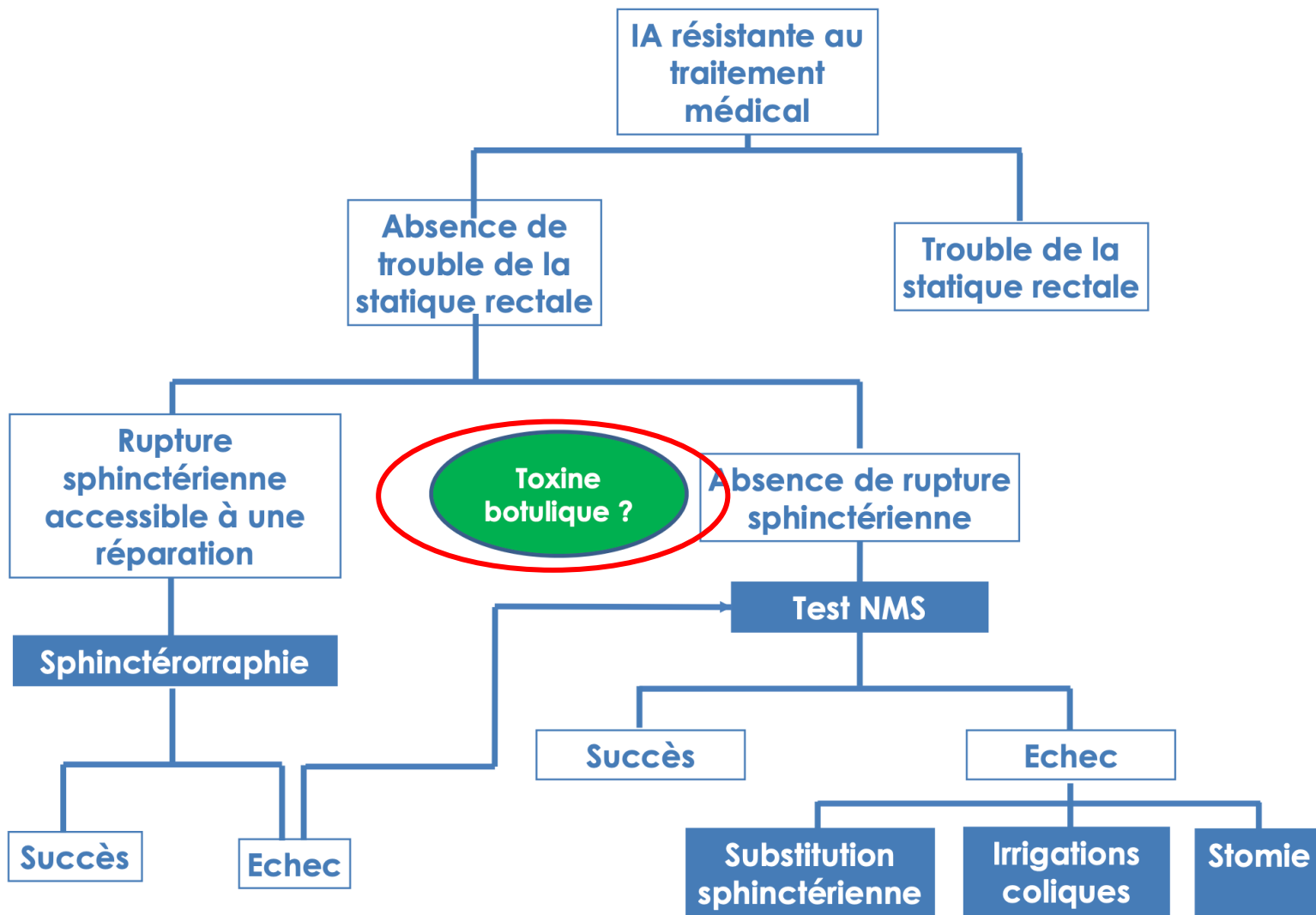
- En cas d'échec des mesures conservatrices (Recommandations de grade B)
- 79-84% d'efficacité à court terme
- A 10 ans, efficacité chez 45% des patients
- Intérêt des reprogrammations ++



IRM compatible  
Miniaturisation

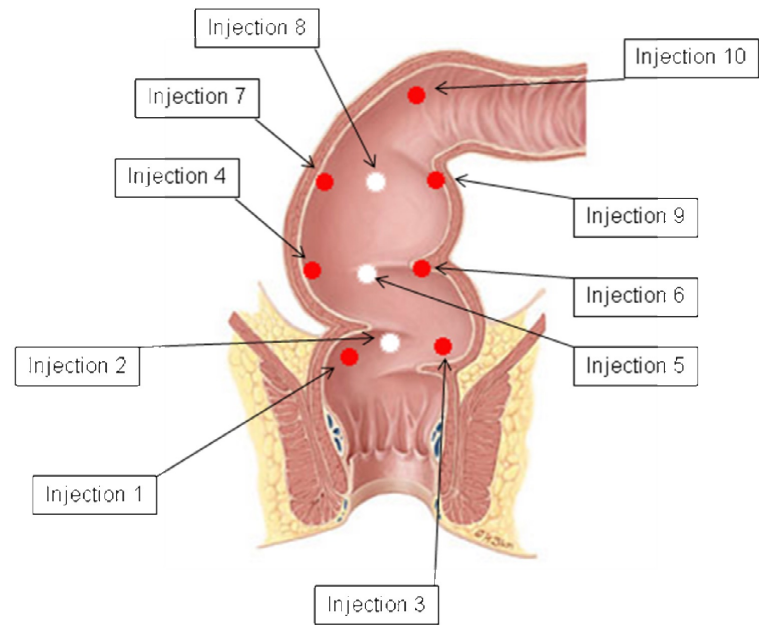
LARS

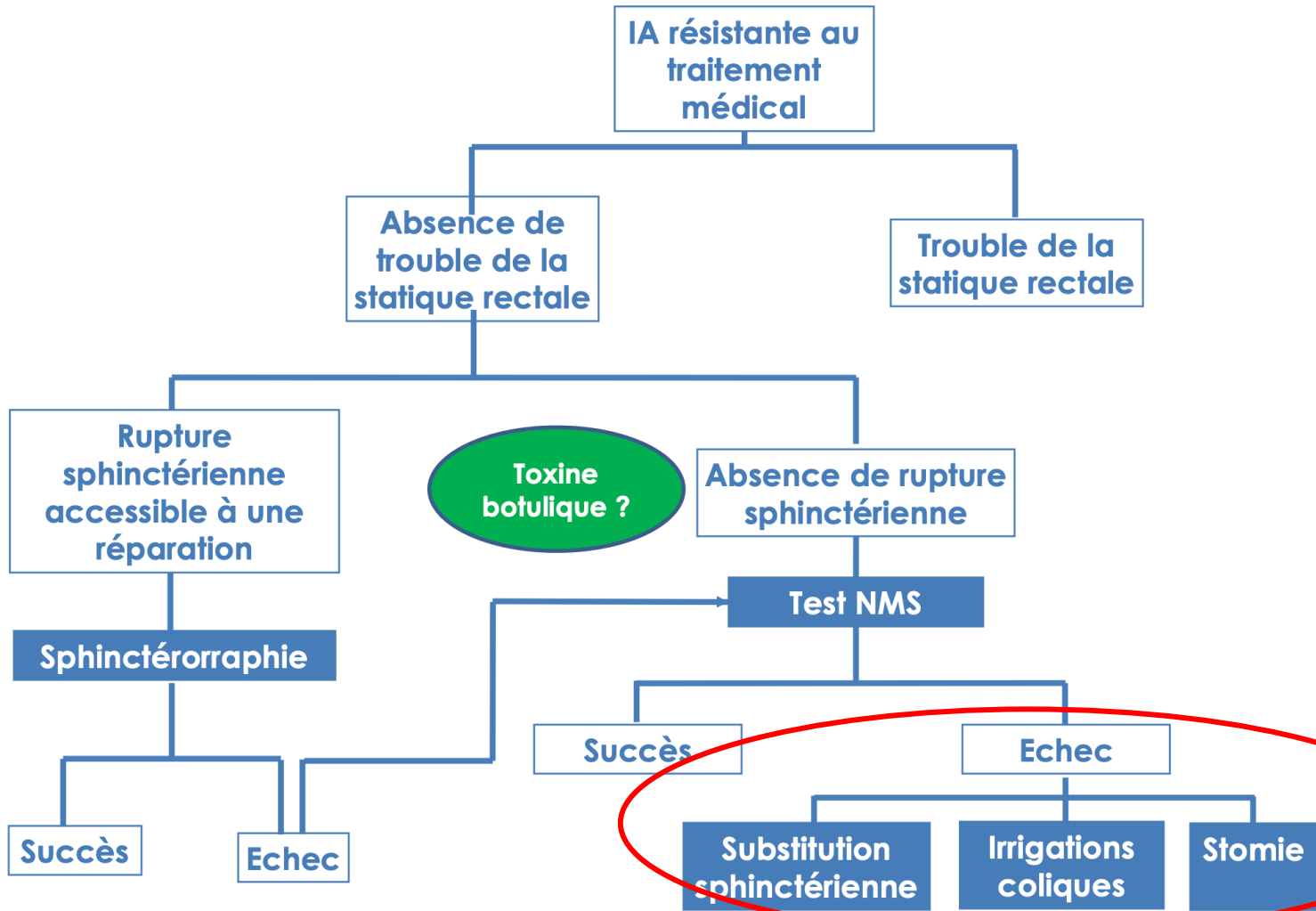
Causes neurologiques



# Autre alternative : toxine botulique intrarectale

- PHRC national IF Toxine
- Efficacité prouvée versus placebo ++





IA résistante au traitement médical

Absence de trouble de la statique rectale

Trouble de la statique rectale

Rupture sphinctérienne accessible à une réparation

Toxine botulique ?

Absence de rupture sphinctérienne

Sphinctérorraphie

Test NMS

Succès

Echec

Succès

Echec

Substitution sphinctérienne

Irrigations coliques

Stomie



# Conclusion : Incontinence anale

- Poser la question +++
- Régulariser le transit
- Rééducation périnéale
- Explorer après échec des mesures conservatrices
- Neuromodulation des racines sacrées en 1<sup>ère</sup> intention sauf si défaut sphinctérien postpartum immédiat