

## Le traitement de l'incontinence fécale

### Compte-rendu de l'exposé de M. le Professeur R. Reding (23/03/2002)

« Les pathologies anorectales de l'enfant représentent un ensemble d'affections relativement peu connues du grand public. Ces pathologies, de nature et de gravité très variables, ne mettent qu'exceptionnellement en jeu la vie de l'enfant. Elles sont néanmoins susceptibles d'occasionner un handicap lourd de conséquences sur la qualité de vie du petit patient et de sa famille, surtout en cas d'incontinence fécale (incapacité de contrôler l'émission des selles, avec comme conséquence la survenue de souillures fécales dans les sous-vêtements). » (source : <http://www.saintluc.be/hospitalisation/dpts-serv/patho-ano-rect/index.html>)

Le traitement de l'incontinence fécale est : **Possible** **Efficace** **Souhaitable**

On peut comparer la continence fécale à une balance, sur laquelle il faut trouver l'équilibre entre le contenu intestinal qui constitue le plateau de gauche, alors que la fonction intestinale (gros intestin) et le plancher musculaire forment le plateau de droite.

Définition de la continence : capacité de ressentir le besoin d'exonération et d'émettre les selles à l'endroit et au moment socialement adaptés, sans souillure (selles de consistance normale), sans nécessité de suppléments médicamenteux.

Incontinence = absence de continence

Propreté = absence de souillures

(la propreté n'est pas automatiquement assimilable à la continence)

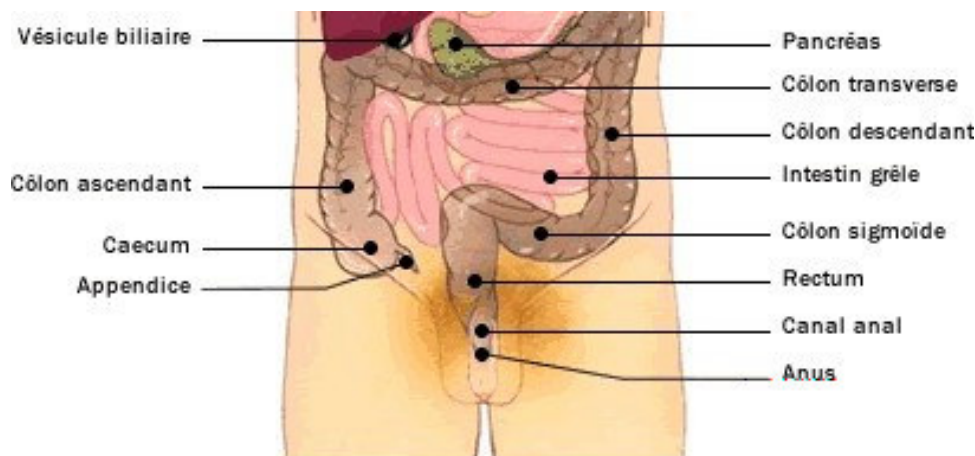
L'incontinence fécale peut être due, entre autres, à une malformation anorectale, au spina bifida, ...

Sur 120.000 naissances en moyenne par an, en Belgique, on **estime** (il n'y a pas de statistiques précises) qu'il y a 0,4/1000 naissance d'enfants avec spina bifida, soit 48 naissances par an. Il y aurait 720 enfants de 0 à 15 ans avec spina bifida, dont 4/5 souffriraient de dysfonction fécale, soit 576 enfants.

Quels sont les problèmes possibles dans le cas du spina bifida (ou autres problèmes médullaires) ?

- très fréquemment : gros intestin (côlon) paresseux, qui fonctionne plus lentement (ce qui amène la constipation)
- problème d'innervation des sphincters (qui affecte la sensibilité et la motricité) : elle sera soit normale, ou déficiente, ou nulle (pas de sensation de la présence des selles, béance de l'anus, ...)

Motifs de consultation : constipation fécale et/ou souillure fécale



## **Le traitement de l'incontinence fécale demande une prise en charge globale.**

### **Première étape :**

Après une anamnèse psycho-médico-sociale complète, avec diététicienne, kiné, radio du côlon, ..., on propose des mesures hygiéno-diététiques (MHD) :

- diète riche en résidus, + laxatifs doux (proscrire les laxatifs irritants !)
- on apprend à l'enfant à se présenter à la toilette à heures fixes, juste après un repas consistant, pour une tentative d'exonération, afin de créer un « réflexe »
- tenir un « agenda », c'est-à-dire un carnet d'exonération dans lequel on note systématiquement les moments où l'enfant s'est présenté à la toilette, et quel a été le résultat. La gestion rigoureuse de ce carnet permettra d'objectiver les plaintes et de déterminer si on se trouve dans un système de constipation ou d'incontinence
- le kiné peut entreprendre un travail de rééducation de la motricité et de la contraction par la technique du biofeedback (le biofeedback est une technique comportementale dont le but consiste dans un premier temps à faire prendre conscience à l'individu de ses paramètres physiologiques pour ensuite s'entraîner à les modifier).

### **Deuxième étape : gestion intestinale.**

Si la continence n'est pas correcte, parce que les MHD ne répondent pas, on va agir sur la propreté, en rendant la personne propre par une vidange mécanique des intestins grâce à un lavement tous les jours ou tous les deux jours. Il pourra alors y avoir propreté sans continence, et ainsi absence de souillures pendant une période de 24 à 48 heures.

### ***Le lavement rétrograde***

A l'aide d'une sonde en silicone (avec ballonnet gonflable, en cas de béance anale), on injecte de l'eau salée tiède (eau préalablement bouillie - 1 cuillère à soupe de sel par litre d'eau). Ce liquide est injecté dans la sonde à l'aide d'une seringue. Le lavement permet l'exonération complète de la partie gauche du côlon (hémicôlon gauche), ce qui requiert de rester environ 30 minutes sur la toilette. Ce lavement peut se pratiquer pendant des années : il n'est absolument pas agressif pour le côlon. Il faut éviter d'utiliser une sonde en latex à cause de l'intolérance au latex fréquente chez les personnes avec spina bifida.

Le sondage rétrograde nécessite l'assistance d'une tierce personne, ce qui nuit à l'autonomisation de l'adolescent. Il implique aussi une manipulation endo-anale pas toujours agréable (introduction de la canule dans l'anus) et un changement de position (couché pendant l'injection du lavement, puis assis sur la toilette).

### ***Le lavement antégrade***

Afin de favoriser cette autonomie, il est possible de recourir à une « appendicostomie continente ombilicale », qui permettra de pratiquer un lavement antégrade que l'on peut effectuer seul, assis sur la toilette (technique de Malone). Cette intervention n'est effectuée qu'à l'adolescence, car elle requiert l'adhésion et une forte motivation de l'adolescent/e.

Il s'agit d'une intervention chirurgicale (laparotomie sous anesthésie générale) au cours de laquelle l'appendice est connecté au fond du nombril. Cette technique est compatible avec l'incontinence urinaire. Si l'appendice est inutilisable (parce qu'enlevé ou déjà utilisé pour la dérivation de l'urine), il existe d'autres solutions pour cette connexion (via le gros intestin).

Une fois la convalescence terminée, la personne, assise sur la toilette, injectera le liquide de lavement à l'aide d'une canule introduite dans le nombril. Ce lavement nettoiera l'ensemble du côlon en chassant les selles vers l'extérieur (d'où son nom de lavement antégrade : l'endroit où il est injecté se trouve AVANT les selles). L'exonération complète requiert moins de temps que le lavement rétrograde.

## Comparaison lavement rétrograde/lavement antégrade

	Lavement rétrograde	Lavement antégrade
<b>Vidange</b>	hémicôlon gauche	pancolique (tout le côlon)
<b>Manipulation endo-anale</b>	oui	Non
<b>Changement de position</b>	oui	Non
<b>Peut se pratiquer seul</b>	difficilement	Oui
<b>Autonomisation</b>	difficile	Aisée
<b>Intervention chirurgicale</b>	non	Oui (une seule fois)

### Quelques considérations importantes

#### **Intégration scolaire**

Il est indispensable que l'enfant aille à l'école sans souillure. Si les MHD ne donnent pas de résultat satisfaisant, il est impératif d'entamer la gestion intestinale 1 an ou 2 avant l'entrée en primaire (6 ans). En dehors des périodes scolaires (WE et vacances), on peut envisager de poursuivre l'entraînement aux MHD : la possibilité de redevenir continent existe et s'est déjà produite après interruption de la technique du lavement.

Périodes scolaires	WE et Vacances
Propreté fécale assurée par gestion intestinale (lavement) / diète et médication	Apprentissage à la continence par <ul style="list-style-type: none"> <li>- respect d'un horaire</li> <li>- diète</li> <li>- kiné anorectale (Biofeedback)</li> </ul> Si succès : continence fécale Si échec : gestion intestinale

#### **Éducation thérapeutique du patient**

Le but du traitement de l'incontinence est de rendre service au patient, en lui enseignant une technique, pour l'éduquer à l'autonomie.

Cela requiert une écoute de son vécu. La personne du patient, avec sa famille, doit être placée au centre de la recherche d'une solution : qui est-il ? quels sont les problèmes associés ? ...

Cela requiert aussi un travail en équipe pluridisciplinaire, où l'on retrouvera médecin traitant, chirurgien pédiatrique, service social, psychologue, infirmière, diététicienne, kiné, radiologue, neurologue, généticien, ...

C'est pourquoi aux Cliniques Universitaires St-Luc (et ailleurs ?) existe une « Centre de pathologie anorectale de l'enfant »

#### **Problème des gaz (flatulence)**

Production (et émission) de gaz parce que le côlon ne se vide pas correctement. Il faut penser à modifier les habitudes alimentaires et à augmenter la fréquence des lavements.

#### **Colostomie et sphincter anal artificiel**

Chez les personnes avec spina bifida, il n'y a pas d'indication pour réaliser une colostomie ou placer un sphincter anal artificiel. Ce dernier implique d'ailleurs une intervention chirurgicale lourde sur l'anus et l'implantation d'un matériel étranger, et donc beaucoup de complications possibles. Il ne faut donc pas en attendre de bénéfice pour les personnes avec spina bifida.

**Il est important de relever qu'aujourd'hui, une approche intégrée des différents aspects de l'incontinence fécale permet dans la plupart des cas de trouver une solution qui assure au patient une qualité de vie très satisfaisante.**

Il ne faut pas laisser tomber les bras !