

## **Technique de Malone pour l'incontinence anale. Amélioration psychologique?**

*J. Louis Lemelle*

La prise en compte de l'incontinence anale et de la constipation sévère constitue un objectif essentiel dans les efforts d'obtenir une continence sphinctérienne satisfaisante.

Avec un succès croissant des interventions visant à corriger l'incontinence urinaire, l'accent a été porté sur les méthodes pour corriger l'incontinence anale dans le but d'enlever les couches. Celles-ci constituent une gêne importante pour l'enfant et sa famille et les témoignages ne manquent pas pour dire tout l'intérêt que peut avoir cet objectif.

Pour comprendre les difficultés relatives au transit intestinal et à sa maîtrise que peuvent connaître les patients porteurs de spina-bifida, il faut rappeler les effets de l'atteinte neurologique qui retentissent sur la motricité et la sensibilité du plancher pelvien. La conséquence la plus directe est l'apparition progressive d'une constipation qui par elle-même retentit sur le rectum et le côlon par un effet de dilatation chronique et de ralentissement du transit.

Les symptômes sont bien connus. Ils concernent la constipation souvent compliquée de fécalomes, l'incontinence fécale, des fausses diarrhées sur fond de constipation, des douleurs abdominales. Ils participent aux difficultés de prise en charge d'escarre.

Les conséquences sur l'individu varient selon l'âge, la gravité et la fréquence de l'incontinence fécale, l'environnement familial ou scolaire, l'intégration dans une institution spécialisée. Dans certains cas, cela peut aboutir à une condition désespérante dépassant les difficultés relatives à l'incontinence urinaire. L'estime de soi, la relation avec les autres à l'occasion de l'intégration scolaire et professionnelle peuvent être particulièrement entravées.

Les premières mesures à mettre en œuvre pour lutter contre la constipation sévère et l'incontinence fécale sont d'ordre conservatrices.

Chez l'enfant en bas âge, nourri au lait maternel, les difficultés de transit intestinal sont mineures. La constipation débute avec l'alimentation solide. Tout sera fait à l'âge habituel de l'acquisition de la propreté pour favoriser la mise sur le pot de façon régulière pour encourager l'émission des selles en profitant du réflexe gastro-colique.

Dans une étape ultérieure, l'utilisation de suppositoires ou de lavements stimulants peut apporter un confort suffisant. La pratique des lavements évacuateurs adaptée aux conditions du périnée selon la méthode de Ahran est un moyen souvent efficace. Le recours aux extractions digitales, parfois proposé devant l'échec des mesures précédentes, constitue le dernier palier avant d'envisager le principe des lavements coliques antégrades. Toutes ces techniques trouvent parfois leur limite dans leur efficacité et leur contrainte vis à vis du patient et de la tierce personne directement engagée.

Dans les situations où les mesures conservatrices se trouvent en échec, le principe des lavements coliques antégrades, tel qu'il a été décrit par Malone, apporte un recours thérapeutique qui répond tout à fait à la constipation opiniâtre et à l'incontinence fécale secondaire.

Il consiste à injecter directement l'eau du lavement au niveau du cæcum pour stimuler la motricité colique et favoriser l'évacuation des selles par les voies naturelles. En proposant cette technique en 1990, Malone a stimulé l'intérêt des chirurgiens pédiatres qui participent à la prise en charge des enfants et adolescents atteints de spina-bifida.

Pour mettre en continuité le cæcum avec le milieu extérieur, il utilise l'appendice dont le calibre admet facilement le passage d'une sonde d'un diamètre de 3 à 4 mm. Tout est fait sur le plan technique pour éviter le risque de reflux liquide ou gazeux par le conduit. Des adaptations techniques ont été depuis apportées pour pallier l'absence d'appendice lorsque celui-ci a été retiré ou lorsqu'il est utilisé pour traiter l'incontinence urinaire associée selon le principe de Mitrofanoff.

Tout âge confondu, 120 enfants ou adolescents sont actuellement suivis dans notre service pour les séquelles de spina-bifida. Notre expérience de l'intervention de Malone regroupe 14 patients, opérés entre 1996 et 2000, dont 11 atteints de spina-bifida. Il s'agit de 8 garçons et 6 filles. L'âge moyen est de 14 ans avec des extrêmes de 7 à 20 ans.

Le suivi moyen des patients est de 2 ans.

Tous présentaient une constipation opiniâtre associée à une incontinence fécale pour laquelle les moyens conservateurs s'étaient montrés soit inefficaces soit intolérables à long terme. Tous présentaient une incontinence urinaire associée traitée par sondage intermittent uréthro-vésical dans 3 cas et par intervention de Mitrofanoff dans 1 cas. Dans 4 cas, l'intervention de Malone a été réalisée avant le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire. Dans 9 cas, l'intervention de Malone a été proposée de façon combinée à l'intervention de Mitrofanoff. Dans 1 cas, l'intervention de Malone a été effectuée après celle de Mitrofanoff.

Les lavements sont réalisés en moyenne 3 à 4 fois par semaine. Ils sont pratiqués avec un volume variant de 0,5 à 1,5 litre d'eau du robinet tiédie. La durée des lavements varient entre 15 mn et 45 mn. 12 patients sur les 14 opérés continuent aujourd'hui à pratiquer les lavements. 10 patients sur 12 sont devenus propres entre deux lavements (83%), 2 patients sur 12 présentent encore des souillures mais se disent franchement améliorés. 2 patients sur 12 ont arrêté, l'un en raison d'un rétrécissement précoce et serré de l'orifice malgré une ré intervention et l'autre en raison de l'association d'un rétrécissement de l'orifice, de douleurs abdominales pendant les lavements et de la volonté de se passer progressivement de cette technique.

Les douleurs abdominales au cours des lavements sont fréquentes, en particulier au début sous forme de coliques. Les modifications de volume injecté et de la durée d'administration permettent dans la grande majorité des cas de les rendre tolérables. Un rétrécissement de l'orifice cutané du conduit peut se produire et nécessite une prévention quotidienne. Dans 2 cas, cette complication a été à l'origine d'un arrêt de la technique alors que le lavement par lui-même s'était avéré efficace. Des phénomènes d'incontinence gazeuse ou liquide par le conduit se sont produits dans deux cas, nécessitant dans un cas une ré intervention. L'appréciation globale est bonne ou très bonne chez 86% de nos patients malgré la contrainte que représente l'intervention, le suivi postopératoire et la pratique régulière des lavements.

L'intervention de Malone a relancé l'intérêt à corriger l'incontinence fécale et la constipation opiniâtre. Elle s'intègre le plus souvent dans une prise en charge combinée avec l'incontinence urinaire dans le but d'enlever les couches. Elle ne doit être proposée qu'après une évaluation des mesures conservatrices. Elle nécessite l'expression d'une profonde motivation des patients et de leur famille pour surmonter les difficultés intercurrentes toujours possibles. Elle justifie une parfaite information et un accompagnement pour lesquels le recours à une infirmière spécialisée et disponible depuis la préparation et tout au long du suivi est de la plus grande importance.

*J.L. LEMELLE - Service de Chirurgie Infantile Viscérale - Professeur M. SCHMITT - CHU Hôpital d'enfants - Rue du Morvan - 54511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX*

(in «Actes du 12<sup>ième</sup> CONGRES INTERNATIONAL *if*- Toulouse, 31 août – 3 septembre 2000)

Note complémentaire :

L'intervention de Malone permet un lavement appelé ANTEGRADE, parce que l'eau du lavement est injectée à partir du cæcum et "pousse" les selles dehors.

Dans le lavement classique, appelé RETROGRADE, le liquide est injecté dans le rectum via l'anus, et les selles sont ensuite évacuées en même temps que l'eau.

Le lavement rétrograde ne nécessite aucune intervention chirurgicale, mais une canule à ballonnet gonflable est indispensable, à cause de l'atonie du sphincter anal (la béance sphinctérienne accompagne fréquemment le SB). Si l'on utilise une canule ordinaire, l'eau est évacuée au fur et à mesure de son injection, ce qui rend le lavement inopérant.

Cependant pratiquer ce type de lavement seul n'est pas toujours très aisé, ce qui ne serait pas le cas, semble-t-il, du lavement antégrade.

Caecum : L'intestin se compose de 2 parties : l'intestin grêle et le gros intestin (ou côlon).

Le caecum est la première partie, le premier segment du côlon. Il présente une particularité anatomique : sa forme évoque celle d'un siphon de plomberie.

En effet, sa base est élargie en cul-de-sac. C'est là que vient s'aboucher l'appendice.