



# LES INCONTINENCES SPHINCTERIENNES

**A.S.B.H.**

**B.P. 92 - 3 bis avenue Ardouin - 94420 Le Plessis Tréville**

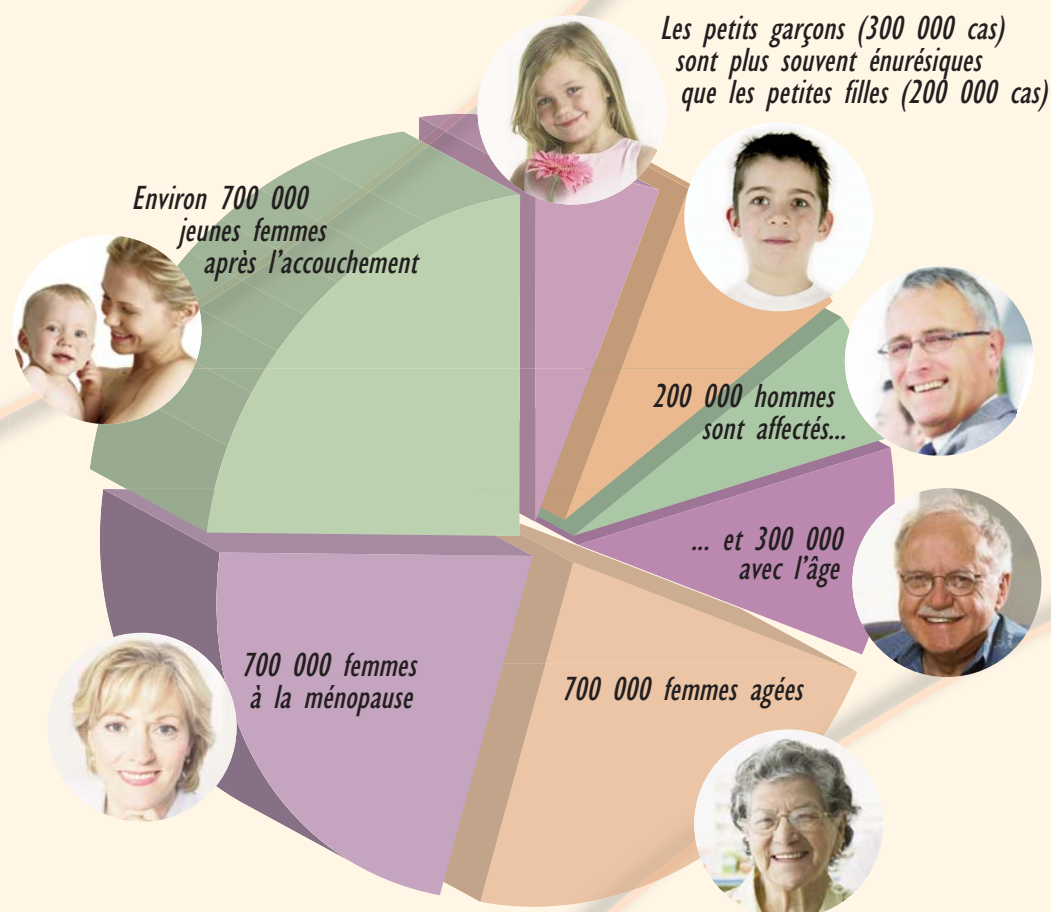
**Tél. : 0800.21.21.05** (*appel gratuit depuis un poste fixe*)

**Fax : 01.45.93.07.32 - Email : [spina-bifida@wanadoo.fr](mailto:spina-bifida@wanadoo.fr)**

**Site : [www.spina-bifida.org](http://www.spina-bifida.org)**

# L'INCONTINENCE URINAIRE ET SES SYMPTÔMES

L'incontinence urinaire est la perte involontaire d'urine. Elle n'est pas l'apanage des femmes et des personnes âgées bien qu'elle soit nettement plus fréquentes dans cette partie de la population. Elle est très fréquente dans le cadre des maladies neurologiques comme le spina bifida, les traumatismes de la moelle épinière et la sclérose en plaques. Bien qu'il n'existe pas de statistiques précises, on estime que la population concernée touche plus de 2,5 millions de personnes en France avec la répartition des pathologies suivantes :



L'incontinence n'est pas un signe de vieillesse.

## LES INCONTINENCES SPHINCTÉRIENNES SONT MULTIPLES

**On distingue :**

- ✓ l'incontinence urinaire seule,
- ✓ l'incontinence fécale seule,
- ✓ l'incontinence mixte (urinaire et fécale).

## LES INCONTINENCES SONT :

- ✓ soit curables par les médicaments, par la chirurgie et la rééducation,
- ✓ soit sans solution autre que les palliatifs, les protections absorbantes, etc... après échec thérapeutique.

L'incontinence urinaire a des conséquences considérables sur la qualité de vie de la personne. Ces personnes ont souvent honte de leurs problèmes, ce qui les amène à cacher leur situation, à hésiter à sortir ou à pratiquer des activités sociales, à ne pas se soigner, entraînant des risques de complications.

**Ne pas hésiter à en parler à son infirmière ou à son médecin.** L'incontinence n'est pas une fatalité.

Le vieillissement de l'appareil urinaire peut modifier le processus d'élimination des urines provoquant des changements dans la continence urinaire et la façon d'uriner.

*Voici un tableaux indiquant le type d'incontinence, les symptômes fréquents et les causes les plus fréquentes.*

TYPE D'INCONTINENCE	SYMPTÔMES FRÉQUENTS	CAUSES FRÉQUENTES
Incontinence d'effort	Perte d'urine lors d'efforts tels que tousser, éternuer, rire, ou soulever des objets.	Grossesse, accouchement, ménopause, radiothérapie, traumatisme chirurgical.
Incontinence par urgenturie	Besoin pressant d'uriner. L'impériosité peut exister sans qu'il y ait incontinence	Associée à une grossesse, un accouchement, la ménopause, un traumatisme pelvien, et à des maladies neurologiques telles que Parkinson et Sclérose en Plaques (SEP)
Incontinence par regorgement	Pertes d'urine fréquentes dues à un défaut de vidange de la vessie. Les symptômes sont similaires à ceux de l'incontinence d'effort, mais il y a souvent une incontinence nocturne associée	Les causes sont variées : traumatisme médullaire, diabète, traumatisme neurologique, Parkinson, sclérose en plaques. Hypertrophie prostatique négligée
Incontinence mixte	Combinaison d'une incontinence d'effort et d'une incontinence par impériosité, mais il y a souvent une incontinence nocturne associée	Voir ci-dessus
Incontinence par urination	Perte d'urine sans cause pathologique et sans problème au niveau du système urinaire	Associée à des altérations physiques (dépendance, diminution de la mobilité), médicamenteuses, ou liée à certaines maladies (Alzheimer, diabète) ou à un traumatisme crânien.

Le vieillissement peut causer également chez l'homme âgé la dilatation de la prostate entraînant des problèmes pour uriner et chez la femme âgée l'atrophie du vagin dû à l'absence d'œstrogène après la ménopause.

## LES INCONTINENCES URINAIRES

*3 principaux types d'incontinence sont rencontrés :*

- ✓ l'incontinence à l'effort,
- ✓ l'incontinence par urgenturie,
- ✓ l'incontinence par regorgement.

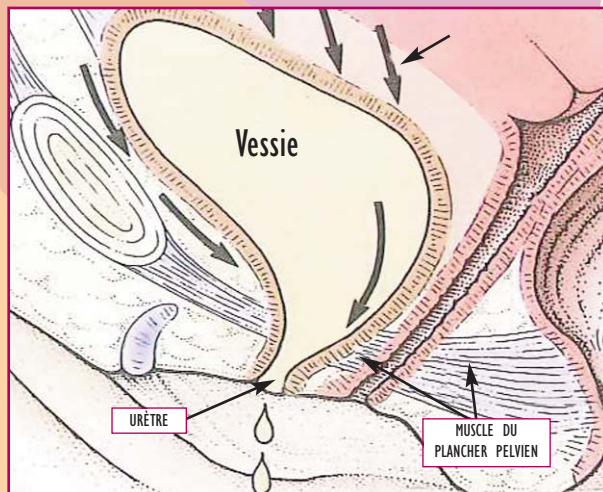
Il existe également des cas d'incontinence mixte.

### L'INCONTINENCE À L'EFFORT

La personne atteinte d'incontinence à l'effort a des écoulements d'urine lorsqu'elle fait certains exercices ou certains mouvements, tels que :

- ✓ éternuer, tousser ou rire,
- ✓ se lever d'une chaise ou du lit,
- ✓ marcher, monter un escalier,
- ✓ soulever un objet lourd.

Elle a également tendance à aller plus souvent aux toilettes afin d'éviter les accidents. L'incontinence à l'effort est



**INCONTINENCE À L'EFFORT**

*Le sujet perd de petites quantités d'urine pendant un effort physique. Cette incontinence est due à une faiblesse des muscles du plancher pelvien.*

le type d'incontinence la plus fréquente chez la femme âgée ou la femme sportive. Elle est due principalement à l'affaiblissement des muscles pelviens, qui soutiennent la vessie. Cet affaiblissement est souvent causé par des grossesses multiples ou des grossesses à intervalles rapprochés.

Chez l'homme, ce type d'incontinence peut se manifester après une opération de la prostate. Le traitement de l'incontinence à l'effort consiste essentiellement à renforcer les muscles du plancher périnéal et principalement le sphincter urétral. Pour ce faire, la pratique d'exercices musculaires est fortement recommandée après avis du médecin.

Ces exercices permettent d'obtenir une amélioration chez environ 50 % des personnes souffrant d'incontinence à l'effort.

## L'INCONTINENCE PAR URGENTURIE

Ce type d'incontinence affecte autant la femme que l'homme. La personne souffrant d'impériosité mictionnelle a un écoulement d'urine aussitôt qu'elle ressent un besoin pressant d'uriner et qu'elle ne peut se rendre aux toilettes rapidement, ou encore lorsqu'elle boit de l'eau, touche à de l'eau ou entend de l'eau couler. Elle aura aussi tendance à aller fréquemment aux toilettes, et ce, jour et nuit. Enfin, il peut parfois lui arriver de mouiller son lit.

L'incontinence par urgenturie est due à des contractions involontaires de la vessie. Ces contractions peuvent être liées à une infection ou causées par certaines maladies, entre autres, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et les accidents vasculaires cérébraux, mais dans la majorité de cas il n'y a pas de cause identifiée.

Le traitement de première ligne de l'incontinence par urgenturie consiste en un programme de rééducation vésicale combiné aux exercices musculaires.

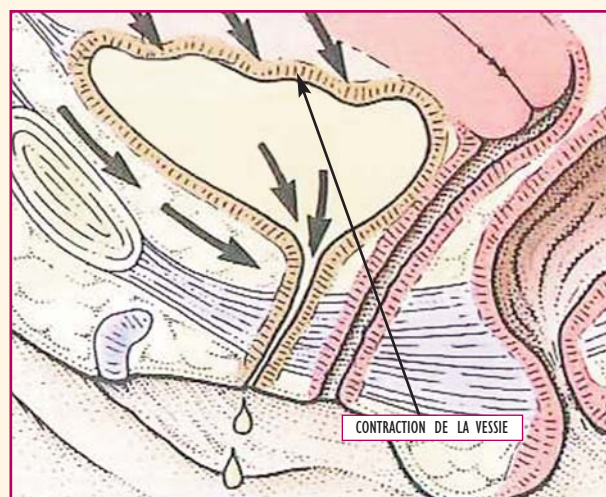
Lorsqu'une envie urgente se fait sentir, il faut se détendre, resserrer les muscles pelviens et respirer profondément, mais la prescription d'un traitement pharmacologique est souvent nécessaire, il est recommandé de consulter son médecin, pour identifier une éventuelle maladie neurologique à l'origine de l'incontinence.

## L'INCONTINENCE PAR REGORGEMENT

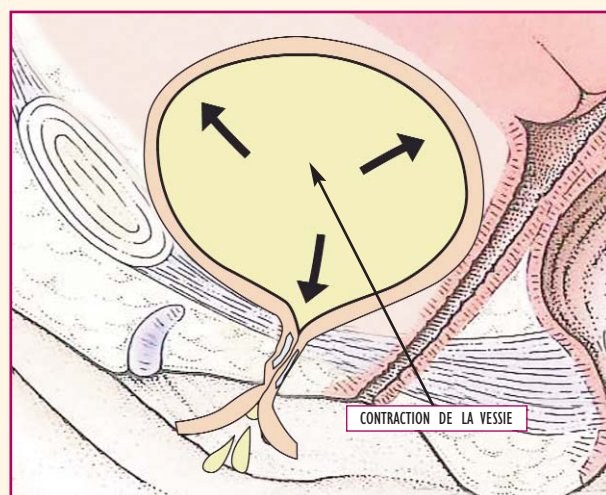
L'incontinence par regorgement est plus rare. La personne présentant un problème d'incontinence par regorgement peut avoir l'impression de ne jamais réussir à vider complètement sa vessie.

Cette personne peut :  
avoir de fréquentes petites mictions, jour et nuit se lever souvent la nuit pour se rendre aux toilettes ressentir le besoin de vider sa vessie, sans y arriver pour autant éliminer une petite quantité d'urine à la fois passer beaucoup de temps aux toilettes à essayer de vider sa vessie sans succès parfois le seul signe clinique est une incontinence nocturne durant le sommeil (énurésie secondaire de l'adulte).

Certaines personnes souffrant d'incontinence par regorgement ont des mictions jour et nuit même si elles n'ont pas



**INCONTINENCE PAR URGENTURIE**  
*Un changement de position du corps peut déclencher un pressant besoin d'uriner. Une fois la miction commencée, la vessie se contracte involontairement jusqu'à ce qu'elle soit vide.*



**INCONTINENCE PAR REGORGEMENT**  
*La vessie augmente de volume, engendre les troubles urinaires. Les symptômes sont des envies fréquentes d'uriner associées à de faibles jets d'urines souvent suivis de gouttes post mictionnelles "gouttes retardataires".*

la sensation d'avoir la vessie pleine. Ce type d'incontinence peut être causé par la constipation, ou l'hypertrophie (augmentation de volume) de la prostate, ou elle peut être une conséquence du diabète.

Dans les autres cas il est souvent nécessaire d'avoir recours au sondage vésical. Le patient (même après avoir été formé à cette technique) sonde sa vessie 5 à 6 fois par jour pour en assurer la vidange régulière.

*Si vous croyez souffrir de ce type d'incontinence, il est important que vous consultiez votre médecin.*

## **AUTRES INCONTINENCES**

Sans détailler citons l'incontinence mixte qui associe incontinence à l'effort et instabilité vésicale.

L'incontinence comportementale qui touche les personnes âgées vivant en institution (par impotence fonctionnelle, par désorientation spatio-temporelle, par perte de la sensation du besoin).

Citons également l'incontinence neurologique (neurovessies) due à certaines maladies comme la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, certains diabètes, des lésions du système nerveux central comme le spina bifida...

## **ENURÉSIE**

### ***L'énurésie nocturne, une pathologie fréquente ?***

L'énurésie nocturne est une pathologie fréquente, touchant apparemment plus les garçons que les filles (sexe ratio de 2). A sept ans, la prévalence de l'énurésie peut être estimée entre 6 et 10%. En France, la prévalence de l'énurésie nocturne a été appréciée par 2 enquêtes. Elle concernait 49% des enfants entre 3 et 4 ans, 11,2% des enfants de 5 à 7 ans, 9,2% entre 5 à 10% et 1% entre 11 et 12 ans. Ces données ont été obtenues notamment à partir d'une enquête réalisée auprès de 3803 enfants scolarisés.

Cependant, les définitions de l'énurésie nocturne et les méthodes de recueil des données varient beaucoup d'un auteur à l'autre, les taux de prévalence observés sont difficiles à interpréter. L'énurésie nocturne diminue avec l'âge. Le taux annuel de guérison spontanée sont d'environ 15% entre 5 à 19 ans. 2 à 3% des enfants continueront à mouiller régulièrement leur lit durant l'adolescence. A l'âge adulte, la prévalence de l'énurésie nocturne serait de 0,5%. Avec l'hypothèse d'une prévalence de 8% à l'âge de 7 ans, le risque pour l'enfant de rester énurétique toute sa vie est de 3% s'il ne reçoit aucune prise en charge durant l'enfance.

L'énurésie nocturne est une affection qui survient durant le sommeil avec des mictions involontaires et inconscientes chez l'enfant de plus de 5 ans ou l'adulte. L'incontinence diurne est souvent le signe d'une immaturité vésicale. A 15 ans elle concerne moins de 1% des jeunes.

## **INCONTINENCE APRÈS PROSTATECTOMIE**

L'incontinence après prostatectomie radicale pour cancer est fréquente mais diminue au fil des mois. Si elle persiste au-delà de 6 mois, elle devient en générale définitive et nécessite une prise en charge le plus souvent chirurgicale (sphincter urinaire artificiel).

En conclusion, il existe des traitements adaptés à chaque cas. Le diagnostic du type d'incontinence est nécessaire avant la mise en route de tout traitement.

## **LES TROUBLES DE LA VESSIE NEUROLOGIQUE OU NEURO-VESSIE.**

Une vessie est dite neurologique lorsqu'elle présente un dysfonctionnement lié à un problème neurologique.

En règle général les altérations du système nerveux provoquent des dysfonctionnements aussi bien au niveau de la vessie que des sphincters. Les symptômes peuvent être variés : incontinence urinaire ou bien rétention d'urine, contraction anarchique de la vessie sans relâchement des sphincters avec hyperpression vésicale et risque de retentissement sur la fonction rénale. Le type de dysfonctionnement de la vessie et des sphincters dépend du siège de la lésion (le cerveau, la colonne vertébrale, la moelle épinière ou les nerfs périphériques), ainsi que de l'étendue de la maladie ou du traumatisme.

La vessie neurologique secondaire à une lésion des racines nerveuses ou de la partie la plus basse de la moelle épinière est paralysée et flasque, elle ne se contracte pas et donc ne se vide pas. Le sphincter peut également être atteint par cette paralysie flasque ; le/la patiente vide donc mal sa vessie et est en rétention d'urine mais il peut également présenter une incontinence urinaire associée. La pression dans la vessie est en règle générale basse. Ce type de vessie se rencontre chez les diabétiques, dans les lésions basses des racines nerveuses qui prennent leur origine dans la moelle épinière.

La vessie neurologique secondaire à une lésion haute de la moelle épinière est par contre souvent spastique et hyperactive. La vessie se contracte donc fréquemment mais elle ne se vide pas bien car le sphincter strié est également spastique et ne se relâche pas lors des contractions vésicales. Ces patients présentent donc également en même temps un problème de rétention d'urine et d'incontinence associée. Leur situation est toutefois particulière car le caractère spastique de cette paralysie associée à l'absence de relaxation du sphincter strié cause de pressions très élevées à l'intérieur de la vessie qui peuvent mettre en danger la fonction rénale et amener à terme à l'insuffisance rénale et à la dialyse. Le problème pour ces patients n'est donc pas seulement la qualité de vie mais également et avant tout de survie.

Dans le spina bifida les deux types de vessie neurologique peuvent être retrouvés.

La prise en charge de la vessie neurologique est parfois complexe et nécessite une approche multidisciplinaire. Des consultations multidisciplinaires de neuro-urologie associant un urologue et un médecin rééducateur existent à présent dans la majorité des centres prenant en charge ce type de pathologie.

Les complications urologiques ont été longtemps la cause principale de mortalité chez les patients neurologiques. L'évolution dans leur prise en charge avec notamment l'introduction de l'autosondage dans les années 70 a permis de réduire considérablement la fréquence et la gravité de ces complications et est principalement responsable de l'allongement de l'espérance de vie de cette population qui se rapproche à présent de l'espérance de vie de la population normale.

- ✓ Les lithiases rénales sont fréquentes en cas de neurovessie (Shipetone et al 2002). Les patients porteurs d'une sonde à demeure sont beaucoup plus à risques de lithiases que ceux qui utilisent un sondage intermittent. (Chen et al, 2000).
- ✓ L'apparition d'un déséquilibre sphinctérien chez un patient jusqu'alors bien équilibré peut être le premier signe d'un syndrome de refixation médullaire. La vessie neurologique étant la principale cause de mortalité tardive pour Singhal et Mathew (1999), 10 décès sur les 30 survenus après 16 ans étant dus à des complications rénales.

La prise en charge urologique et néphrologique a fait chuter notablement cette mortalité au cours des dernières décennies.

Les mictions par poussée abdominale (manœuvre de Créde), qui entraînent une menace importante, sont une solution de facilité ou de désespoir, typiquement adoptée par les patients en situation de rupture ou d'abandon de soins.

## **INTERVENTIONS UROLOGIQUES**

L'injection intravésicale de toxine botulique s'est imposée récemment comme un apport de choix pour l'hyperactivité vésicale (Leippold et al 2003).

Les injections intradétrusoriennes de toxines botuliques destinées à traiter :

- ✓ l'incontinence urinaire par l'hyperactivité neurogène du détrusor réfractaire aux traitements symptomatiques usuels.
- ✓ les troubles mictionnels irritatifs (pollakiurie, urgence) avec hyperactivité neurogène du détrusor réfractaire aux traitements symptomatiques usuels, survenant chez un patient en cathétérisme intermittent ou apte à l'être, réfractaire aux anticholinergiques (médicaments destinés à calmer les contractions de la vessie) et aux traitements symptomatiques usuels.

## EVALUATION THÉRAPEUTIQUE

Réalisée préalablement à toute administration de toxine intradétrusorienne, il est recommandé qu'elle comprenne 5 éléments cliniques et une cystomanométrie.

Source/SpringerVerlag 2009. (De Seze,Ruffion,Haab,Denys,Karsenty,Kerdraon,Soler,Amarenco).

- ① l'analyse d'un calendrier mictionnel sur 72 heures renseignant sur le mode mictionnel, le nombre et le volume moyens des mictions et sondages, le nombre de fuites, le nombre et le type de garniture.
  - ② un score de symptômes urinaires (type Urinary Symptom Profile).
  - ③ une évaluation de la qualité de vie (questionnaire Qualiveen, échelle visuelle analogique).
  - ④ une analyse du nombre d'épisodes d'infections urinaires (définies par la présence contemporaine de symptômes évocateurs, modification du statut mictionnel ou neurologique, fièvre, urines sales ou malodorantes + uroculture positive)
  - ⑤ le recueil des traitements en cours.
- +1 une exploration urodynamique incluant une cystomanométrie.

## EN RÉSUMÉ

La toxine botulique intradétrusorienne apparaît aujourd'hui être un traitement efficace et sûr de l'hyperactivité neurogène du détrusor et de ses conséquences fonctionnelles. Elle représente également un atout thérapeutique considérable pour réduire à court et moyen terme les hautes pressions du détrusor, principal facteur de risque urologique des neurovessies. La standardisation de ces méthodes d'évaluation l'efficacité et de la tolérance des injections de TBA (Toxine Botulique A) aidera à préciser leur place dans l'algorithme thérapeutique des neurovessies et facilitera la définition des procédures optimales de leur administration en fonction des enjeux de l'indication thérapeutique. En favorisant la détermination des doses, nombre de sites, délai de réinjection, elle participera à l'amélioration de la qualité des soins et de vie des patients neurologiques et aura un impact socio-économique favorable pour la santé publique.

## L'EXAMEN MÉDICAL

### Quand faut-il consulter votre médecin, votre urologue ?

- ✓ si vous présentez un ou plusieurs des symptômes décrits précédemment et si ces symptômes persistent depuis plusieurs semaines.
- ✓ si vous avez d'autres symptômes : douleur lombaire ou abdominale, sensation de brûlure à la miction, fièvre, présence de sang dans les urines, urines brouillées, nausées et vomissements.
- ✓ si l'incontinence urinaire a débuté après la prise d'un nouveau médicament prescrit par votre médecin.

En consultant un professionnel de santé tel que votre médecin si vous croyez souffrir d'incontinence, il vous posera des questions afin de bien comprendre vos symptômes, et n'hésitez pas à consulter car l'incontinence est une maladie, pas une déchéance.

### Par exemple, il vous demandera :

- ✓ les détails de l'incontinence : le début, la durée, la fréquence, la quantité d'urine,
- ✓ les facteurs déclenchant l'incontinence,
- ✓ vos habitudes d'élimination intestinale,
- ✓ les médicaments que vous consommez. Certains médicaments peuvent aggraver l'incontinence urinaire,

- ✓ le nombre de grossesses,
- ✓ les problèmes gynécologiques ou urologiques antérieurs,
- ✓ la présence d'infection, de diabète.

Par la suite, si nécessaire un examen clinique plus détaillé sera pratiqué par votre médecin.

***Il procédera à :***

- ✓ la palpation de votre abdomen,
- ✓ un examen gynécologique, si vous êtes une femme,
- ✓ un examen des organes génitaux, si vous êtes un homme,
- ✓ un toucher rectal/vaginal,
- ✓ la vérification du tonus des muscles pelviens.

Pendant l'examen clinique, il est possible que votre médecin vous fasse subir un test appelé épreuve de l'effort. Il vous demandera alors, en position couchée ou debout, de tousser ou de forcer comme pour aller à la selle. Ce test vise à vérifier s'il y a écoulement d'urine à l'effort.

Des analyses de culture d'urine en laboratoire peuvent également être prescrites (examen cyto bactériologique des urines, ECBU).

Enfin des examens plus poussés mais indolores peuvent être prescrits comme par exemple des radios, une échographie, un bilan urodynamique, une scintigraphie, la cystographie et la profilométrie urétrale etc...

## **LES TRAITEMENTS POSSIBLES**

Comme l'incontinence est le symptôme d'une maladie, des traitements peuvent être proposés. En cas d'échec ou d'amélioration n'entraînant pas de continence totale, il est possible de recourir aux palliatifs, c'est à dire à des protections absorbantes.

### **TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE**

Il est prescrit en cas d'infection urinaire avec température. L'hyperactivité de la vessie peut être combattue par des médicaments, de même il est possible de renforcer la tonicité du sphincter.

### **LA RÉÉDUCATION OU L'ÉDUCATION VÉSICALE**

La rééducation vésico-sphinctérienne et périnéale consiste à faire des exercices pour améliorer le tonus musculaire du périnée, du sphincter, et améliorer le contrôle vésical. On y associe généralement une électrostimulation du sphincter et du biofeedback, qui permet au patient de visualiser l'effet de ses contractions. Beaucoup de patients ont des difficultés à faire les exercices car ils ont du mal à identifier les muscles qu'il faut rééduquer, et ont du mal à déterminer la force de contraction nécessaire. Le biofeedback utilise des électrodes vaginales ou rectales qui permettent d'avoir un signal sonore ou visuel qui indique au patient la force de contraction des muscles pelviens. Le patient peut ainsi vérifier s'il effectue correctement la contraction des muscle périnéaux.

Pour être efficace, une rééducation doit être faite par un(e) kinésithérapeute (ou une sage femme) expérimenté(e) pour ce type de problème. La rééducation ne doit pas consister en de simples séances d'électrostimulation qui, isolées, sont inefficaces. L'absence d'amélioration après 20 séances de rééducation bien faite doit faire passer à une autre méthode de traitement. Les exercices du Dr KEGEL sont devenus la référence. Ils sont très utiles dans le traitement initial de l'incontinence urinaire d'effort et également des impériosités mictionnelles. Ils consistent à contracter et relâcher les muscles pelviens de façon répétée 3 à 5 fois par jour. On note une amélioration dans 50 à 75 % des cas.



## **TRAITEMENT CHIRURGICAL de l'incontinence urinaire**

Il existe de nombreuses interventions pour traiter l'incontinence urinaire, que ce soit une incontinence urinaire isolée, ou associée à un prolapsus génital chez la femme, ou une incontinence liée à un problème de prostate chez l'homme. Dans l'incontinence par regorgement chez l'homme, le traitement est habituellement celui de l'adénome de la prostate. En cas de lésion irréversible du sphincter (après chirurgie prostatique), on peut être amené à mettre en place un sphincter artificiel.

Chez la femme les nouvelles techniques d'intervention chirurgicale qui consistent à soutenir l'urètre par une bandelette synthétique posé par voie vaginale (TVT, TOT et TVT-O (Tension free Vaginal Tape ou bandelette vaginale sans tension) ont remplacé les autres traitements chirurgicaux plus anciens. Il s'agit de techniques mini-invasives avec un taux de succès de 85% avec peu des complications. On constate toutefois une dégradation du résultat à long terme.

## **TRAITEMENT CHIRURGICAL de l'incontinence fécale**

La graciloplastie dynamique (GPD) est l'une des méthodes thérapeutiques innovantes mises au point ces dernières années dans le traitement de l'incontinence fécale sévère ou "terminale", afin d'éviter la réalisation d'une colostomie.

Reconstruire la région anorectale est techniquement possible en réalisant un néosphincter positionné autour d'une colostomie périnéale. La graciloplastie électrostimulée est le néosphincter le plus adapté, mais les résultats inconstants ne permettent de le proposer qu'à des sujets sélectionnés.

D'autres modes de reconstruction sont en cours d'évaluation, (cellules souches).

### **Note sur les effets secondaires :**

Surveillance, cicatrices, dysurie à rechercher, infections urinaires récidivantes à rechercher.

### **Contre-indications :**

Aucune si respect des indications et précautions.

## **LES MATÉRIELS DE LUTTE contre l'incontinence sphinctérienne**

Lorsque les traitements médicaux ont échoué ou s'avèrent inefficaces,

### **le recours aux moyens palliatifs est nécessaire :**

- ✓ collecteurs d'urine (étuis péniens avec ou sans verge rétractée, poche de recueil des urines),
- ✓ garnitures absorbantes,
- ✓ la sonde à demeure n'est pas un traitement adapté pour la maîtrise de l'incontinence urinaire au long cours mais peut parfois se rendre temporairement nécessaire dans des circonstances particulières (par ex. pour dériver temporairement les urines afin de permettre la guérison des escarres sacrées).

### **les protections absorbantes :**

- ✓ coquilles masculines,
- ✓ protections et changes anatomiques.

Les moyens palliatifs doivent être bien adaptés au cas de chacun. Il ne faut pas oublier les produits d'hygiène comme les lingettes pré imprégnées, les produits de soins intimes, les compresses, le coton, les pansements, les produits anti-escarres et soins des escarres, les produits pour soigner les rougeurs fessières et prévenir les escarres.

Il s'agit souvent d'une béance anale ou d'une malformation ano-rectale avec, généralement pertes fécales permanentes, associée à une constipation avec fécalome, et parfois débacle diarrhéique. Le problème est trop souvent négligé alors qu'il s'agit d'un handicap social majeur et d'une source de complications urinaires et de lésions cutanées. La constipation a même été rendue responsable de dysfonctionnement de valve. (Martinez-Lage et al. 2008).

La technique du Wash Out ou lavage colique rétrograde (Arhan et al 1994) : (Christensen et al 2000) semble être une technique adaptée au handicap périnéal du patient porteur de MM(Myéломéningocèle). Il s'agit d'une technique d'irrigation colique/sondage intestinal rétrograde, dont le but est de nettoyer périodiquement l'ensemble du côlon, ce qui a pour conséquence l'absence d'émission de matières fécales entre les lavements. Une exploration fonctionnelle du sphincter anal est recommandée avant toute prescription, avec mesure du transit intestinal et défécographie. Cette méthode demande un apprentissage, mais permet d'éviter tout geste chirurgical. D'autres techniques d'irrigation colique plus invasives sont utilisées comme l'irrigation après intervention de Malone (Caecostomies) qui permet de réaliser périodiquement un lavage colique antérograde et apporte un réel confort au patient.

A côté de ces techniques de cathérisme intestinal, le tampon obturateur anal, même en cas de béance anale, apporte une incontinence temporaire et facilite notamment les relations sexuelles, en revanche il est déconseillé de la garder en permanence. (source : J. Guarnieri, M. Vinchon, SNCLF 2008)

**L'incontinence fécale** est une infirmité fréquente retrouvée chez 2% de la population générale en France.

**L'incontinence anale passive** définie par la perte de selles non précédée par un besoin de défécation, est souvent secondaire à une constipation.

**L'incontinence anale active** définie par accident d'incontinence survenant après un besoin impérieux qui ne peut être différé est souvent associée à une diarrhée. (O.Touchais, CHU Rouen 2005).

## CONCLUSION

L'incontinence anale est une pathologie multifactorielle, dont la prise en charge thérapeutique est orientée essentiellement par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les traitements à disposition sont nombreux, mais la preuve de leur efficacité reste dans la plupart des cas limitée.

Ceci ne doit cependant pas décourager les thérapeutes : la composante psychologique est souvent primordiale dans l'incontinence anale, et les symptômes (ou la tolérance vis-à-vis de ces symptômes) peuvent varier grandement au cours du temps.

Une écoute attentive des symptômes, du retentissement sur la qualité de vie, doit guider en priorité les axes du traitement.

D'une façon générale, les techniques chirurgicales doivent être réservées aux symptômes sévères d'incontinence anale, lorsque les traitements médicaux ou la rééducation se révèlent non satisfaisantes.

*Avec la collaboration du Dr. MANUNTA, CHU de Rennes. Service d'urologie.*

# LEXIQUE

**Caecostomie** : acte chirurgical qui consiste à aboucher le caecum à la peau.

**Cystographie** : radiographie de la vessie.

**Cystomanométrie** : introduction d'une sonde par le canal de l'urètre afin de remplir la vessie avec du sérum physiologique et d'observer le comportement de la vessie.

**Détrusor** : muscle de la vessie.

**Echographie de la vessie** : elle permet d'observer la paroi de la vessie et la recherche de calculs, de polypes et de tumeur.

**Enurésie** : communément appelé "pipi au lit" : perte d'urine la nuit durant le sommeil, fréquente chez l'enfant.

**Examen urodynamique** : il permet par des tests simples de mesurer le fonctionnement des sphincters et de la vessie.

**Lithiase** : calcul dans la voie urinaire.

**Manoeuvre de Créde** : consiste à vider la vessie par pression manuelle.

**Profilométrie urétrale** : on mesure les variations de pression dans l'urètre en retirant progressivement une sonde vésicale pour évaluer l'activité du sphincter urinaire.

**Prostatectomie radicale** : c'est l'ablation totale chirurgicale de la prostate, des vésicules séminales pouvant entraîner incontinence, impuissance.

## **EN SAVOIR PLUS ?**

Les conseillères de l'ASBH  
sont à votre écoute en permanence au

**0800.21.21.05**

pour répondre aux questions des patients et de leur entourage  
pour ce qui concerne ces problèmes de continence  
fécale et à orienter au besoin ces interlocuteurs  
vers des personnes spécialisées.

**Le centre national de référence labellisé  
Spina Bifida de Rennes peut répondre  
à des demandes ou une recherche de  
conseils médicaux et infirmiers au**

**02 99 28 97 63**

