

## Traitement chirurgical de l'incontinence anale

**Francis MICHOT** Service de Chirurgie Digestive, Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen

Annecy, le 12 Juin 1999

La chirurgie est souvent le dernier recours thérapeutique des patients présentant une incontinence anale : la décision d'une intervention chirurgicale se conçoit après un bilan pré-opératoire physiologique et radiologique permettant de comprendre le mécanisme et l'étiologie de l'incontinence afin de lui opposer la meilleure stratégie opératoire. Les examens radiologiques les plus performants sont l'échographie endo-anale qui permet l'étude anatomique du sphincter externe et du sphincter interne et la défécographie, utilement associée à une opacification de l'intestin grêle, qui permet de mettre en évidence, outre un périnée descendu, une rectocèle, une procidence interne du rectum, une entéroccèle ou une sigmoïdocèle. Les examens physiologiques les plus utiles sont la manométrie ano-rectale et les tests électro-physiologiques : la manométrie ano-rectale mesure les pressions de repos du canal anal, reflet de la valeur du sphincter interne et précise l'amplitude et la durée de la contraction volontaire, reflet de la valeur du sphincter externe ; elle étudie également la sensibilité en mesurant les différents volumes en particulier le volume maximum tolérable ainsi que le délai entre la distension rectale et la perception du besoin. Plusieurs tests électrophysiologiques peuvent être réalisés : outre l'électromyographie par quadrant et l'étude de la fibre unique, la mesure du temps de latence du nerf pudendal précise l'existence d'une neuropathie périphérique, la mesure du temps de latence du bulbo ou clitorido caverneux étudie l'arc réflexe sensitivo-moteur, les potentiels évoqués corticaux somesthésiques et moteurs précisent l'origine centrale d'un désordre neurologique.

Au terme de ce bilan, en fonction de ses résultats, le chirurgien peut décider d'une chirurgie de restauration utilisant les structures anatomiques normalement en place ou d'une chirurgie de substitution par implantation d'une structure anatomique ou prothétique normalement absente au niveau de la région ano-périnéale.

### Incontinence anale et prolapsus du rectum

L'exploration pré-opératoire indispensable avant chirurgie du prolapsus rectal est la réalisation d'un temps de transit des marqueurs afin de ne pas méconnaître une éventuelle constipation de transit dont l'existence influence le choix de l'intervention. Il est possible de distinguer le prolapsus extériorisé ou complet du rectum qui s'accompagne d'une dilatation mécanique forcée du sphincter anal et la procidence rectale intra-canalair venant s'incarcérer dans le canal anal et générant un défaut d'occlusion sphinctérienne; dans les deux cas, une neuropathie pudendale peut également être à l'origine de l'incontinence. Le résultat sur l'incontinence anale de la rectopexie quelles que soient les modalités de fixation du rectum est bon dans 80% des cas environ, alors qu'un malade sur deux présente en pré-opératoire une incontinence anale associée à un prolapsus rectal ; en revanche, les résultats sur l'incontinence de l'opération de Delorme sont très instables, moins d'un malade sur deux récupère après la chirurgie une continence anale de bonne qualité. La correction de l'incontinence par le seul traitement du prolapsus rectal peut s'expliquer par l'apparition ou l'exagération d'une constipation de transit après l'intervention et le développement d'une fibrose péri-rectale due à la dissection per-opératoire ; il n'existe pas en revanche de facteur prédictif certain de restauration de la continence postopératoire et les différentes études manométriques publiées attestent sur ce point de résultats divergents ; c'est pourquoi en pratique, il n'est pas justifié d'associer à un traitement chirurgical du prolapsus du rectum le plus souvent par rectopexie, un geste périnéal spécifique de l'incontinence ; l'attitude habituelle est d'évaluer au 2<sup>o</sup> mois post-opératoire la qualité de la continence obtenue par une triple expertise clinique, manométrique et échographique: la persistance d'une incontinence anale justifiant une rééducation périnéale par biofeedback dont l'échec légitime le recours à la chirurgie au plus tôt à partir du 6<sup>o</sup> mois post-opératoire. Lorsqu'existe une constipation de transit authentifiée par

le temps des transit des marqueurs pré-opératoire, une colectomie gauche doit être réalisée dans le même temps que la rectopexie : il a été montré qu'une sigmoïdectomie n'aggravait pas l'incontinence, que l'étendue de la colectomie n'était pas corrélée à la persistance ni à la sévérité d'une incontinence postopératoire et qu'enfin la sigmoïdectomie améliorait constipation et incontinence chez un malade sur deux. Ces différents résultats, justifient l'association rectopexie-colectomie segmentaire gauche chez un patient présentant un prolapsus complet du rectum associé à une incontinence anale et à une constipation sévère de transit.

### **Incontinence anale d'origine sphinctérienne**

Deux mécanismes principaux peuvent être retenus : soit un défaut sphinctérien par rupture anatomique, confirmé par l'échographie endo-anale, soit un déficit sphinctérien d'origine neurologique avec un sphincter anatomiquement normal en échographie endo-anale.

De janvier 1990 à décembre 1997, nous avons opéré 145 patients d'une incontinence anale d'origine sphinctérienne : 86 sphinctérorraphies, 26 sphincter anal artificiel, 10 électrostimulation sacré et 23 postanal repair (Postanal repair ou myorraphie rétro-anale) des releveurs de l'anus

Cette intervention proposée par Parks a pour objectif de reconstituer la musculature périnéale, l'angulation du cap anal et la longueur du canal anal en réalisant une myorraphie rétro-anale des élévateurs de l'anus et principalement du muscle pubo-rectal. Les résultats de cette intervention initialement bons s'avèrent en fait décevants : les résultats sont bons dans 50% des cas au recul de deux ans pour se dégrader ensuite et seul 25% des patients restent continents à un recul de cinq à huit ans. Il ne semble pas que les autres myorraphies, et en particulier le total pelvic floor repair donnent des résultats supérieurs.

### **Sphinctérorraphie**

L'évaluation des résultats de 86 patients opérés par sphinctérorraphie montre que 80% d'entre eux ont un bon résultat précoce évalué au 3<sup>e</sup> mois postopératoire et que ces résultats se dégradent progressivement avec le temps puisque un malade sur deux conserve un bon résultat au 40<sup>e</sup> mois post-opératoire ; l'auto-évaluation confirme ces données: 46% des patients s'estiment guéris ou très améliorés au 40<sup>e</sup> mois post-opératoire ; de manière très paradoxale, 19% des patients s'estiment peu améliorés alors qu'ils ont récupéré une continence objectivement évaluée normale et 41% des patients incontinents au gaz ne s'estiment que peu améliorés ou pas du tout améliorés par l'intervention alors qu'ils ont récupéré une continence normale pour les matières solides et les matières liquides. Outre, l'existence d'une neuropathie, facteur pronostique connue dans la littérature, cette étude a montré qu'une rupture du sphincter interne et une hypotonie du canal anal en manométrie ano-rectale sont des facteurs corrélés à un mauvais pronostic fonctionnel post-opératoire.

### **Graciloplastie dynamisée**

La graciloplastie dynamisée ou électro-stimulée associe une transposition du muscle gracilis selon la technique de Pickrell à l'électro-stimulation du muscle transposé par implantation d'électrode reliée à un stimulateur implanté dans la paroi abdominale. Les premiers résultats publiés indiquent que la continence est bonne dans 73% des cas ; elle n'est pas exempte de complication : au recul de 2,7 ans, sur 67 patients opérés, 36 d'entre eux ont développé 53 complications ayant imposé 8 explantations.

### **Sphincter anal artificiel**

Le sphincter anal artificiel associe l'implantation d'une manchette en position péri-anale reliée à une pompe placée dans la grande lèvre ou le scrotum et à un ballon régulateur de pressions dans l'espace sous-péritonéal latéro-vésical ; l'ouverture du sphincter est commandée par le patient et l'occlusion est automatiquement obtenue en quelques minutes. De février 1993 à

mai 1999, nous avons opéré 28 patients, les 20 derniers ayant bénéficié de l'implantation d'un sphincter ABS disponible depuis septembre 1996. Le sphincter a du être explanté chez 3 patients pour absence de cicatrisation périnéale ou érosion du canal anal ou du vagin ; la révision a été nécessaire chez deux autres, la pompe ayant été changée devant une érosion scrotale ou vulvaire survenue dans la 2<sup>e</sup> année post-opératoire ; 2 patients sont en attente de révision après explantation de la manchette. Les résultats fonctionnels appréciés chez 17 patients montrent une continence anale normale pour les solides 17 fois, une continence normale pour les liquides 15 fois et une continence normale pour les gaz 12 fois. La pression de repos du canal anal mesurée en manométrie ano-rectale est de 100 cm d'eau à sphincter fermé et 28 cm d'eau à sphincter ouvert, témoignant d'un bon gradient d'ouverture du sphincter artificiel d'environ 70 cm d'eau. L'évaluation de la qualité de vie obtenue chez 10 patients à partir d'un questionnaire de qualité de vie confirme que 9 d'entre eux estiment avoir un bon résultat de cette intervention sur le bien-être physique, sur la vie sociale, sur leur profil psychologique et émotionnel. Les principales contre-indications de cette technique sont la destruction du périnée, l'absence de cloison recto-vaginale, l'absence de réservoir rectal et l'existence de lésions radiques périnéales ou intestinales.

### **Stimulation électrique du nerf sacré**

Cette technique récente réalise dans un premier temps l'implantation d'une électrode test de stimulation maintenue en place pendant une semaine permettant d'évaluer l'impact de la stimulation électrique sur la continence anale ; si cette efficacité est bonne, il est alors réalisé dans un deuxième temps une électro-stimulation définitive, l'électrode implantée étant reliée à un neuro-stimulateur placé dans la paroi abdominale antérieure ou la région fessière. Seuls des résultats préliminaires sont actuellement disponibles : dans notre expérience 10 patients ont eu un test et 4 d'entre eux ont bénéficié de l'implantation définitive d'un neuro-stimulateur avec un bon résultat.

### **Colostomie**

Lorsque ces différentes techniques ne sont pas possibles ou se sont traduites par des échecs, une colostomie iliaque gauche terminalisée éventuellement complétée d'une irrigation colique, peut être une bonne solution, une stomie bien appareillée étant en effet plus confortable qu'un anus périnéal incontinent.

### **Les indications chirurgicales**

Dans l'incontinence anale d'origine sphinctérienne peuvent être résumées de la façon suivante: la sphinctérorraphie est l'intervention de choix devant une rupture sphinctérienne réparable c'est-à-dire inférieure à 50% de la circonférence. Dans le cas contraire, les techniques chirurgicales récentes prennent place : électro-stimulation sacrée, sphincter anal artificiel ou graciloplastie dynamisée, indiquées devant une destruction traumatique non réparable du sphincter externe, certaines malformations congénitales (spina bifida ou imperforation anale), les causes neurologiques d'incontinence (myasthénie, neurinome de la queue de cheval, neuropathie).

### **En conclusion :**

L'objectif du chirurgien ne doit pas être la correction d'une anomalie anatomique ou d'une image radiologique mais doit être la correction des plaintes du patient lui permettant de récupérer une qualité de vie perdue.