

## PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE ANALE POST TRAUMATIQUE AU CHU DE TREICHVILLE À ABIDJAN A PROPOS DE 12 OBSERVATIONS

G.K. KOUADIO, D. SAHIE, H.T. TURQUIN

*Med Trop* 2005 ; 65 : 363-366

**RÉSUMÉ** • L'incontinence anale post traumatique est une affection grave par son caractère invalidant. Le but de cette étude rétrospective est d'évaluer la prise en charge de 12 cas observés en milieu chirurgical ivoirien. Il s'agissait de 8 hommes et de 4 femmes d'âge moyen 30 ans. Le traumatisme causal était 6 fois un AVP, 2 fois un empalement, 2 fois une agression et iatrogène dans 2 cas. Le diagnostic de la lésion sphinctérienne a été strictement clinique. Cette lésion était de siège antérieur dans 3 cas et latéral gauche ou droit dans les 9 cas restants. La technique de réparation par suture directe a été la seule utilisée en première intention. Chez les 3 patients présentant une lésion antérieure, une myorrhaphie des releveurs de l'anus y a été associée. Une colostomie iliaque gauche temporaire a été systématiquement associée. La guérison a été obtenue chez 11 patients (92 %) ; chez le patient restant, il y a eu un échec total de la réparation. Il a été repris par graciloplastie avec des résultats médiocres. Cette étude a montré que la réparation directe a donné de bons résultats précoces qui s'oppose à la pauvreté de notre plateau technique. Cependant, malgré ces résultats encourageants la prise en charge de cette affection nécessite un équipement en moyens diagnostiques tels que l'échographie endorectale et l'électromyographie anale.

**MOTS-CLÉS** • Incontinence anale - Traumatisme anal - Sphinctérorrhaphe.

MANAGEMENT OF TRAUMATIC ANAL INCONTINENCE AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN ABIDJAN, IVORY COAST: FINDINGS IN A 12-CASE SERIES

**ABSTRACT** • Post-traumatic anal incontinence is a severely disabling condition. The purpose of this retrospective study was to evaluate management of 12 cases observed in a surgical setting in Ivory Coast. There were 8 men and 4 women with a mean age of 30 years. The causes of trauma were road accident in 6 cases, impalement in 2, assault in 2, and iatrogenic trauma in 2. Diagnosis of the sphincter lesion was made by clinical assessment only. The lesion was located on the anterior aspect of the sphincter in 3 cases and on the lateral aspect (left or right) in 9 cases. Direct suture was used for first-intention repair in all cases. In the 3 patients presenting lesions located on the anterior aspect, direct suture was associated with myorrhaphy of the levator ani. Temporary left iliac colostomy was performed in all cases. Repair was successful in 11 patients (92 %) and unsuccessful in 1. The patient in whom treatment failed underwent graciloplasty with fair results. In this study direct repair achieved good results despite our poor technical facilities. Although these results are encouraging, better management of these injuries would require diagnostic equipment such as endorectal ultrasonography and anal electromyography.

**KEY WORDS** • Anal incontinence – Anal trauma - Sphincterorrhaphe.

Les lésions traumatiques du sphincter anal et l'incontinence anale qui en résulte sont une affection grave et souvent mal vécue par les patients. Elles ont longtemps été considérées comme rares tant en pratique civile qu'en pratique de guerre (1, 2). Cependant, la fréquence de ces lésions tend à augmenter ces dernières années, du fait d'une augmentation du nombre des accidents de la voie publique et de la qualité de leur prise en charge. Leur prise en charge chirurgicale bénéficie actuellement de l'apport de l'échographie endorectale et de l'électromyographie (3, 4). Ces explorations

permettent d'établir une cartographie lésionnelle précise permettant d'orienter le chirurgien sur les indications opératoires.

A partir de 12 cas observés dans le service de Chirurgie Digestive et Proctologique du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville à Abidjan en Côte d'Ivoire, nous nous proposons d'étudier la prise en charge de cette affection dans notre contexte de pays en voie de développement.

### PATIENTS

#### Population étudiée

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 12 cas d'incontinence anale post traumatique traitée en 10 ans (1990-2000) dans le service. L'âge moyen des patients était de 30 ans avec des extrêmes allant de 20 à 50 ans. On notait une prédominance masculine avec 8 hommes pour 4 femmes

• Travail du Service de chirurgie digestive et proctologique (G.K.K., Maître-Assistant ; D.S., Assistant hospitalier ; H.T.T., Professeur titulaire, Chef du service), CHU de Treichville, B.P. V 3 Abidjan Côte d'Ivoire, fax ; 21 25 28 52

• Correspondance : Dr KOUADIO Koffi Germain 18 B.P. 1552 Abidjan 18 Côte d'Ivoire

• Courriel : germkof@yahoo.fr •

• Article reçu le 01/03/2002, définitivement accepté le 19/09/2005.

Tableau I - Score de Jorge et Wexner (5)

	Fréquences*				
	Jamais	Rarement	Quelquefois	Couramment	Toujours
Fuites solides	0	1	2	3	4
Fuites liquides	0	1	2	3	4
Fuites gazeuses	0	1	2	3	4
Port de protection	0	1	2	3	4
Altération de la qualité de vie	0	1	2	3	4

\* Rarement : <1/mois ; quelquefois : <1/semaine ; couramment <1/jour ; toujours : >1/jour.  
0 = continence parfaite ; 20 = incontinence totale, tous les jours.

(sex ratio=2). Dix patients ont été reçus en urgence après le traumatisme causal. Les 2 autres qui avaient un traumatisme ancien évoluant depuis 12 et 15 mois, ont été reçus en consultation.

### Présentation clinique

Le traumatisme causal était 6 fois un AVP, 2 fois un empalement, 2 fois une agression et iatrogène dans 2 cas. La gravité de l'incontinence variait de 15 à 20 selon le score de gravité de Jorge et Wexner (5) (Tableau I). Le diagnostic de la lésion sphinctérienne a été établi sur les données du toucher rectal. La lésion était suspectée sur le siège de la lésion et/ou sur la disparition des plis radiés de l'anus. L'appréciation du tonus sphinctérien se faisait par contraction par le patient sur le doigt anal. L'épaisseur du sphincter externe ainsi que l'importance du défaut sphinctérien étaient appréciées entre le pouce et l'index. Une anorectoscopie réalisée systématiquement chez tous les patients pour éliminer une cause tumorale était normale. Il n'a pas été réalisé de manométrie anorectale, ni d'échographie endoanale, ni d'électromyographie du périnée par défaut de plateau technique.

Le siège de la lésion sphinctérienne était antérieur dans 3 cas et latéral gauche et droit dans 9 cas. Huit patients reçus en urgence présentaient en plus de la lésion sphinctérienne une plaie du périnée dans 6 cas, une fracture du fémur dans 2 cas et une rupture de la rate dans un cas.

### Modalités thérapeutiques

Pour les patients reçus en urgence nous avons réalisé le traitement des lésions associées et une colostomie iliaque gauche systématique. Il s'agissait d'une colostomie latérale fonctionnellement terminalisée par suture sur le jambage distal. Le deuxième temps du traitement a eu lieu entre 2 et 6 mois après la cicatrisation des plaies. L'acte opératoire a été précédé dans tous les cas d'une préparation colique. Elle a consisté en la prise d'extraits de sennosides A et B pendant 48 heures et en un lavement évacuateur pratiqué le matin de l'intervention.

Ce temps a consisté en une sphinctérorraphie par suture directe, en première intention.

Dans les 3 cas de lésion antérieure, cette suture a été faite selon le procédé de Musset (6). Ce procédé consiste à faire une incision arciforme ou horizontale sur le pli formé

par 2 fils repères. La muqueuse anale est incisée économiquement en réséquant un triangle cicatriciel à pointe interne. Les 2 extrémités sont repérées et suturées par un fil à résorption lente, complétée par une myorrhaphie antérieure des releveurs de l'anus. Dans les 9 cas restants, la technique opératoire était identique à la précédente en dehors de la myorrhaphie des releveurs de l'anus. Chez les patients ayant une lésion ancienne, nous y avons ajouté une colostomie de protection selon les mêmes modalités qu'en urgence.

Nous avons entrepris une rééducation post opératoire précoce. Elle a consisté à faire réaliser par le malade des exercices de contraction sur le doigt à partir du 8<sup>e</sup> jour, associés à des lavements biquotidiens au sérum physiologique de 100 à 200 CC par l'orifice de la colostomie. La couverture antibiotique et antitétanique a été systématique. La fermeture de la colostomie a été faite entre 45 jours et 2 mois.

### RÉSULTATS

Le suivi médian était de 24 mois. L'évaluation du traitement a été établie sur les données de l'interrogatoire et de l'examen proctologique. La mortalité opératoire était nulle. Nous avons noté deux cas de suppuration modérée jugulée par l'antibiothérapie et des soins locaux. Onze patients (92%) ont retrouvé une continence normale (classés 0 à 5 selon le score de Jorge et Wexner). Chez le patient restant, il y a eu échec de la réparation car aucune amélioration n'a été notée. Il s'agissait du patient dont la lésion évoluait depuis 15 mois. Il a été repris par myoplastie du droit interne selon le procédé de Pickrell (7). Cette technique consiste en la mobilisation et en la transposition du muscle avec son pédicule vasculo-nerveux autour de l'anus sur 360°.

L'évolution après la myoplastie a été marquée par une continence aux solides et aux gaz, des souillures occasionnelles par les matières liquides.

### DISCUSSION

Cette série ivoirienne retrouve la notion d'une faible fréquence de l'incontinence anale post traumatique avec 12 cas traités en 10 ans. Cette constatation est en opposition avec les études réalisées en Europe et aux Etats Unis où un grand nombre de patients est retrouvé dans les différentes

séries (8-12). Ce faible nombre de patients dans notre série démontre que l'IA en général serait sous-estimée dans notre pratique. Cette sous-estimation serait le reflet de raisons économiques et/ou socio-culturelles telles que le difficile accès aux soins et surtout les tabous qui entourent cette affection dite honteuse.

Notre étude a aussi souffert de l'insuffisance d'évaluation préopératoire de nos malades. Dans les services équipés, cette évaluation joue un rôle important dans la prise en charge et le pronostic de cette affection (3, 4). Elle est faite au moyen de l'échographie endorectale et l'électromyographie anale. L'échographie endorectale est une nouvelle technique d'imagerie bien tolérée qui permet de mettre en évidence de façon efficace les ruptures sphinctériennes. L'électromyographie réalise une étude analytique et fonctionnelle de différents quadrants à la recherche d'une dénerivation qui conditionne le pronostic post opératoire (6, 8). Devant cette insuffisance, nous nous sommes basés sur le toucher rectal qui nous a permis d'évaluer nos malades de façon acceptable. Cette constatation est partagée par certains auteurs (13, 14). Dans une étude comparant le toucher rectal à l'échographie endorectale après suture directe, Shobeiri *et Coll* (14) ont montré que le toucher rectal permettait de mesurer l'épaisseur du sphincter anal externe et d'en diagnostiquer tout défaut avec des résultats superposables à l'échographie endorectale.

Au plan technique, nous avons utilisé exclusivement la suture directe en première intention avec de bons résultats fonctionnels (92 %). Ces résultats précoces se rapprochent de ceux de Arnaud *et Coll* (16). Ces auteurs ont rapporté 78 % de bons résultats chez 40 malades opérés par un seul chirurgien qui a utilisé cette technique, après un suivi moyen de 17 mois. Cette technique était habituellement utilisée par les obstétriciens pour la réparation immédiate des ruptures sphinctériennes secondaires à un traumatisme obstétrical (9, 12, 13). Dans la plupart des séries actuelles, la réparation directe bord à bord du sphincter rompu se solde par un taux élevé d'échecs (9, 13, 15). L'échec est dû à la désunion de la suture en raison d'une rétraction des extrémités musculaires. Ces constatations ont poussé les auteurs à préférer la suture par chevauchement dite «overlapping» par les anglosaxons. Le chevauchement des extrémités musculaires augmente l'aire de contact de la suture et réduit le risque de désunion. La technique de chevauchement décrite initialement par Parks et Partlin (17) était la préférence des chirurgiens colorectaux (18, 19). Elle est devenue la technique de référence depuis quelques années en Europe et aux Etats Unis (18-20). Peu d'études comparant les résultats précoces et lointains des deux techniques ont été réalisées. Dans une étude comparative randomisée chez des primigestes, Fitzpatrick *et Coll* (10) ont étudié les résultats précoces du traitement par ces deux techniques dans la réparation des déchirures vaginales de deuxième et troisième degrés. Les résultats à 3 mois étaient identiques dans les 2 groupes. Les résultats anatomiques et fonctionnels de la technique de chevauchement sont bons dans 70 à 80 % cas et semblent supérieurs à ceux de la réparation bord à bord. Plusieurs études (8, 10-12) ont cependant montré que ces bons résultats se détériorent avec le temps. En effet ces résultats sont bons à 3 mois dans 70 à

80 % des cas puis dans 30 à 50 % des cas entre 3 et 5 ans comme le montre l'étude de Malouf *et Coll* (12). Karoui *et Coll* (19) ont évalué à 3 mois puis à 40 mois leur série de 86 malades. A 3 mois, 49 % des malades étaient totalement continents, contre seulement 28 % à 40 mois.

Concernant la colostomie, elle a été systématique dans notre étude pour minimiser les risques d'infection. Nous avons préféré la colostomie latérale fonctionnellement terminalisée de réalisation aisée et qui draine mieux les selles que la colostomie latérale simple. Elle nous a permis de réaliser les temps successifs avec sécurité. Pour la plupart des auteurs actuels, elle n'aurait aucune influence sur l'évolution post opératoire et serait inutile (20).

## CONCLUSION

Cette étude a montré que la réparation directe a donné de bons résultats précoces qui s'oppose à la pauvreté de notre plateau technique. Cependant, malgré ces résultats encourageants la prise en charge de cette affection nécessite un équipement en moyens diagnostiques tels que l'échographie endorectale et l'électromyographie anale.

## RÉFÉRENCES

- 1 - YAO JC, MASSO-MISSE P, MALONGA E - Les plaies ano-rectales en pratique civile camerounaise : à propos de 10 cas. *Med Trop* 1994 ; **54** : 157-160.
- 2 - ROCHE B, MICHEL JM, DELEVAL J *et Coll* - Traumatic lesions of the anorectum. *Swiss Surg* 1998 ; **5** : 249-252.
- 3 - AUBERT A, MOSNIER H, AMARENCO G *et Coll* - Incontinences anales post-chirurgicales ou traumatiques. Etude prospective de 40 malades explorés par échographie endorectale et électromyographie. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; **19** : 598-603.
- 4 - DAMON H, HENRY L, BARTH X *et Coll* - Incontinence anale : étude échographique et manométrique. *Ann Chir* 2001 ; **126** : 869-875.
- 5 - JORGE JM, WEXNER SD - Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993 ; **36** : 77-97.
- 6 - MUSSET R - Mon expérience du traitement des fistules recto-vaginales des 2/3 inférieurs du vagin, ni radiques, ni néoplasiques. *Ann Gastroentrol Hepat* 1979 ; **15** : 427-436.
- 7 - LEHUR PA - Chirurgie de l'incontinence anale de l'adulte. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Techniques Chirurgicales -Appareil digestif, 40 705, 1998, 14 p.
- 8 - LONDONO-SCHIMMER E.E., GARCIA-DUPERLY R, NICHOLLS RJ *et Coll* - Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma: five year follow-up functional results. *Int J Colorect Dis* 1994 ; **9** : 110-113.
- 9 - SULTAN AH, MONGA AK, KUMAR D *et Coll* - Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 ; **106** : 318-323.
- 10 - FITZPATRICK M, BEHAN M, O'CONNELL PR *et Coll* - A randomized clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third-degree obstetric tears. *Am J Obstet Gynecol* 2000 ; **183** : 1220-1224.
- 11 - HALVERSON AL, HULL TL - Long-term outcome of overlapping anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 2002 ; **45** : 345-348.
- 12 - MALOUF AJ, NORTON CS, ENGEL AF *et Coll* - Long term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet* 2000 ; **355** : 260-265.

- 13 - SHOBEIRI SA, NOLAN TE, YORDAN-JOVET R *et Coll* - Digital examination compared to trans-perineal ultrasound for the evaluation of anal sphincter repair. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; **78** : 31-36.
- 14 - SAAD GA, TAHA AM - Restoration of continence after shotgun injury to the anus. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical care* 2000; **49** : 954-957.
- 15 - DI BELLA F, BLANCO GF, GIORDANO M *et Coll* - Fecal incontinence. Personal experience in direct sphincteric repair. *Minerva Chir* 2001; **56** : 357-364.
- 16 - ARNAUD A, SARLES JC, SIELEZNEFF I *et Coll* - Sphincter repair without overlapping for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1991; **34** : 744-747.
- 17 - PARKS AG, MCPARTLIN JF - Late repair of injuries of anal sphincter. *Proc R Soc Med* 1971; **64** : 1187-1189.
- 18 - SITZLER PJ, THOMSON JP - Overlap repair of damaged anal sphincter : a single surgeon's series. *Dis Colon Rectum* 1996; **39** : 1356-1360.
- 19 - KAROUI S, LEROI AM, KONING E *et Coll* - Results of sphincteroplasty in 86 patients with anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000; **43** : 813-20.
- 20 - COOK TA AND MORTENSEN NJ - Management of fecal incontinence following obstetric injury. *Br J Surg* 1998; **85** : 293-299.
- 21 - RICHARD C, BERNARD D, MORGAN S *et Coll* - Résultats de la sphinctéroplastie anale dans l'incontinence post-traumatique, avec ou sans colostomie. *Ann Chir* 1994; **48** : 703-707.

**BULLETIN D'ABONNEMENT**

**Revue Médecine Tropicale**

IMTSSA

BP 46 - Le Pharo - 13998 MARSEILLE - ARMEES •

Tel. : 04 91 15 01 47 • Fax : 04 91 15 01 29 • e-mail : imtssa.medtrop@wanadoo.fr

Service Abonnements • Tel. 04 91 15 01 23

NOM et Prénoms : .....

Profession : .....

(ou désignation de l'Etablissement) .....

Adresse : .....

.....

(destinataire de la Revue) : .....

.....

.....Date et Signature

Les abonnements débutent à la date de la commande. Ils assurent le service de quatre numéros annuels et donnent droit aux numéros spéciaux susceptibles d'être publiés en cours d'année.

**Tarif d'abonnement 2005** (*Tarif unique pour tous pays, frais de port inclus*)

**40 €**

**Prix d'un numéro**

**8 €**

**Règlement**

- Par chèque bancaire ou postal, à l'ordre de : Régisseur d'avances et de recettes de l'IMTSSA, Parc du Pharo, BP 46, 13998 Marseille-Armées, France.
- Par virement à : Domiciliation : TP MARSEILLE, n° banque : 10071, n° guichet : 13000, n° compte : 00001005337, RIB 38