
VOUS ALLEZ AVOIR... UNE POSE D'UN SPHINCTER ANAL ARTIFICIEL POUR INCONTINENCE ANALE

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de l'incontinence fécale n'a pas évolué pendant de nombreuses années, la colostomie terminale s'imposant comme la seule alternative au port de garnitures après échec d'une éventuelle réparation du sphincter de l'anus. Au cours de ces dix dernières années, deux révolutions thérapeutiques issues d'innovations technologiques sont survenues : la première est l'utilisation de néo sphincters dynamiques (*sphincter anal artificiel*) et la seconde en cours d'évaluation est la *neuromodulation des racines sacrées*.

La mise en place d'un sphincter anal artificiel est une solution séduisante en raison de son apparente simplicité technique, d'un abord chirurgical mini-invasif, d'un résultat esthétique (matériel totalement implantable) et de la qualité de la continence post opératoire.

A QUI PROPOSER UN SPHINCTER ANAL ARTIFICIEL ?

Les patients qui ont une rupture importante et étendue du sphincter externe de l'anus (de causes obstétricales, traumatiques ou chirurgicales) et/ou associée à une rupture du sphincter interne ne peuvent pas être traités par une réparation sphinctérienne simple (suture directe du sphincter). Il en est de même pour les incontinenances congénitales, neurologiques et les échecs de la réparation sphinctérienne. Chez ces patients, il faut remplacer le sphincter d'où le terme de néo sphincter ou sphincter anal artificiel.

En revanche, la pose d'un sphincter n'est pas recommandée, du fait du risque infectieux, chez les patients ayant un périnée multi opéré dit cicatriciel ou ceux ayant reçu une radiothérapie locale ou une maladie de Crohn. Enfin, des capacités manuelles permettant la manipulation de la pompe de contrôle sont requises, de même qu'un niveau intellectuel suffisant pour comprendre le fonctionnement de l'implant et assurer de façon régulière les évacuations rectales.

EN QUOI CONSISTE LE SPHINCTER ANAL ARTIFICIEL ET COMMENT MARCHE-T-IL ?

Le sphincter artificiel est utilisé avec succès depuis près de 30 ans dans le traitement de l'incontinence urinaire. Au début des années 1990, il a été implanté chez quelques patients au niveau de l'anus. La mise au point d'un sphincter artificiel fiable et bien toléré, spécifiquement adapté à l'anus a été réalisée en 1996 (Acticon Neosphincter®, American Medical System) (Figure 1).

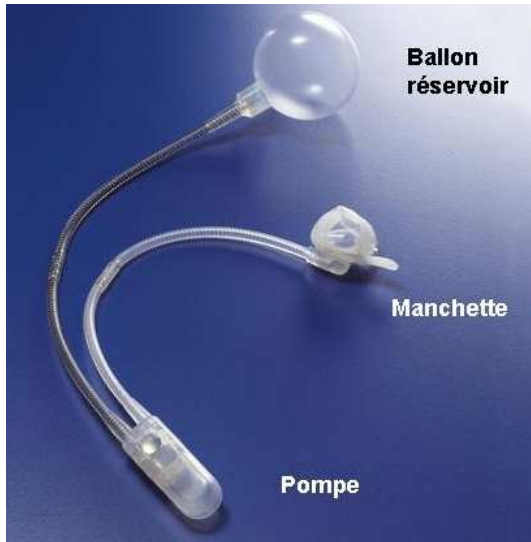


Figure 1a : Sphincter anal artificiel (Acticon Neosphincter®) avec l'ensemble des éléments constituant le sphincter anal artificiel : un manchon pour assurer l'occlusion du canal anal, un réservoir liquidien pour assurer le remplissage du manchon, une petite pompe pour faire migrer le liquide d'un espace vers l'autre et des tubulures.



Figure 1b : Position du sphincter anal artificiel après implantation chez une femme. Noter que la pompe doit être actionnée par des pressions successives à travers la peau de la vulve.

Il s'agit d'un dispositif en silicone, semi-automatique totalement implantable qui est composé de trois éléments reliés entre eux par des tubulures hydrauliques placés dans les tissus sous-cutanés : une manchette gonflable placée autour de l'anus assurant l'occlusion anale, un ballon réservoir et régulateur de pression placé à côté de la vessie et une pompe placée dans la grande lèvre (chez la femme) (figure 1b) ou le scrotum (chez l'homme), seule partie de la prothèse accessible au patient. Le sphincter assure de façon permanente et automatique une occlusion de l'anus. La défécation est activée par le patient qui, par 5 à 10 pressions sur la pompe, permet de vidanger la manchette péri anale, ouvrant ainsi l'anus. Le remplissage de la manchette refermant l'anus se fait automatiquement quelques minutes plus tard grâce au système de pression hydraulique (Figure 2).

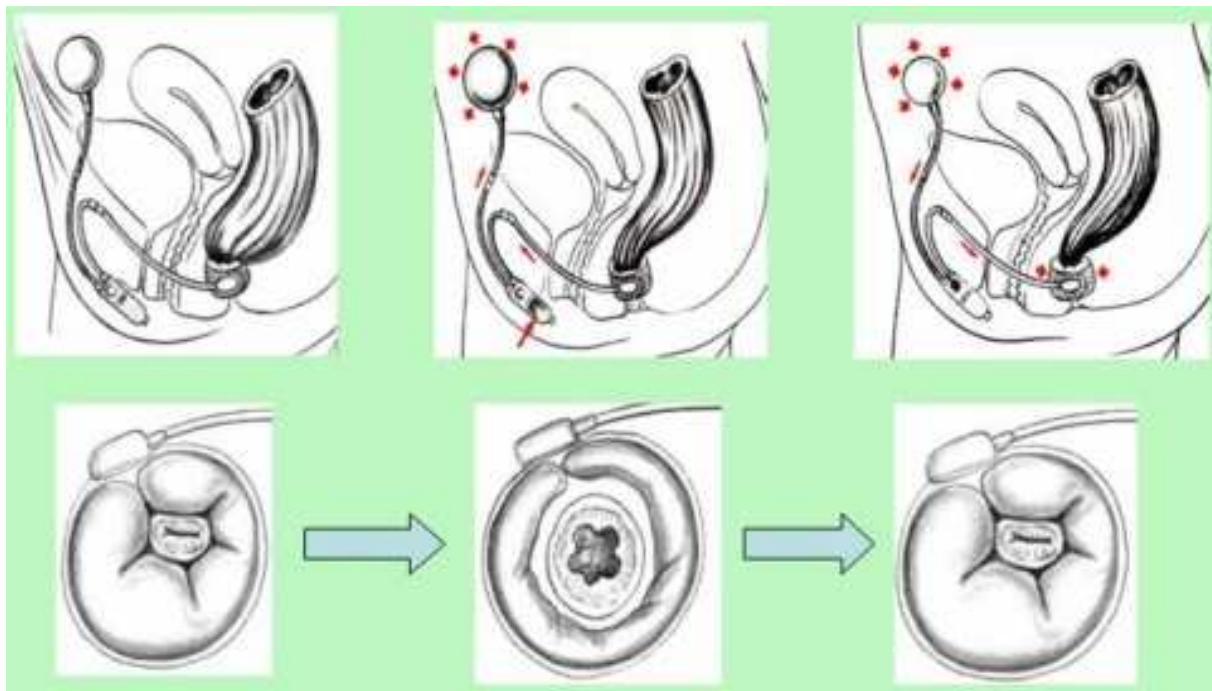


Figure 2 : Mode de fonctionnement du sphincter anal artificiel

EN QUOI CONSISTENT L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET LES SOINS PERI-OPERATOIRES ?

La pose d'un sphincter artificiel anal est techniquement simple et entraîne peu de risque de "rejet" mais nécessite une prise en charge rigoureuse du fait des risques infectieux. Elle doit donc être réalisée dans un centre spécialisé. En effet, une formation préalable du chirurgien ainsi que du personnel du bloc opératoire est indispensable de manière à obtenir une asepsie maximale, l'infection étant, avec la survenue d'une panne mécanique, la cause essentielle d'échec et de retrait de la prothèse. La qualité des soins péri-opératoires a donc un rôle prophylactique primordial pour limiter le risque infectieux.

L'intervention chirurgicale nécessite une hospitalisation d'environ une semaine. Une préparation colique par simple lavement rectal ainsi qu'une préparation cutanée (lavage bétadiné et rasage) sont préconisées la veille de la chirurgie. Une antibioprofylaxie per-opératoire est faite. L'implantation du matériel prothétique est relativement simple et est réalisée sous anesthésie générale. L'intervention dure environ 2 heures. Elle est faite par deux voies d'abord. La manchette est placée par une voie d'abord périnéale antérieure (incision cutanée près de l'anus) en réalisant une dissection de l'espace entre le rectum et le vagin (femme) ou entre le rectum et la prostate (homme). Ensuite, un tunnel péri-anal est créé par dissection au doigt et la circonférence du canal anal est mesurée et calibrée pour permettre l'implantation de la manchette sélectionnée.

Puis, une incision cutanée abdominale (au niveau du pli de l'aîne) est réalisée pour permettre l'implantation du ballon à côté de la vessie. La pompe de contrôle est introduite par l'incision abdominale et placée en sous-cutanée dans le scrotum chez l'homme et la grande lèvre chez la femme. Enfin, les tubulures reliant les 3 systèmes entre eux sont mises en place après tunnelisation sous-cutanée des trajets. La pompe est munie d'un bouton de désactivation qui permet de bloquer les échanges liquidiens. Ceci est utile durant la période post opératoire immédiate. En effet, le sphincter n'est pas activé pendant une période de 2 mois de manière à favoriser la cicatrisation et l'intégration tissulaire de la prothèse. Les patients sont réalimentés dès le 1er jour post opératoire. Une surveillance clinique locale est indispensable avec des soins périnéaux quotidiens et après chaque émission de selles.

QUELS SONT LES RESULTATS FONCTIONNELS ?

Il est admis que la qualité des résultats post opératoires dépend de plusieurs facteurs incluant la prise en charge péri-opératoire respectant une asepsie rigoureuse, la sélection rigoureuse pré opératoire des patients et enfin l'expérience de l'équipe chirurgicale.

Dans une revue récente de la littérature rapportant plus de 300 patients sur une période de 10 ans (1993 à 2003), le taux de succès médian en terme de continence était de 70%. La qualité de vie était significativement améliorée chez la plupart des patients après mise en place de la prothèse sans créer de difficultés importantes d'exonération. Le taux de réintervention chirurgicale pour cause d'infection ou de dysfonctionnement mécanique était de 42% (variant de 13 à 50%). De même, une explantation du sphincter (ablation de la prothèse) était nécessaire en moyenne dans 31% des cas (16 à 40%) dans un délai médian de 10 mois après l'intervention. Le taux d'infection post opératoire était en moyenne de 24%, variant de 4 à 33%.

CONCLUSION

L'implantation d'un sphincter anal artificiel est actuellement parfaitement standardisée. Cette technique permet d'améliorer dans plus de deux tiers des cas la continence fécale. Mais, les patients doivent être clairement informés du risque infectieux post opératoire et du risque d'échec avec explantation du matériel dans 30% des cas. Le respect de critères stricts de sélection ainsi que des règles d'asepsie est un garant de succès de cette technique innovante. A ce titre, le traitement chirurgical de l'incontinence fécale "de routine" nécessite donc une prise en charge dans un centre spécialisé.