

Epidémiologie de l'incontinence anale

Guillaume Gourcerol

*Service de Physiologie Digestive, Urinaire, Respiratoire et Sportive,
CHU de ROUEN*

LIMITES

- Définition de l' incontinence: IF vs IA
- Différences méthodologiques au sein des études
 - Intensité de l'IA (hebdomadaire, quotidienne?)
 - Age
 - Auto-questionnaire ou questionnaire par médecin, infirmière, non professionnels de santé...
 - Patients ambulatoires ou institutionnalisés

Prévalence

Population générale

	n	âge	Prévalence
Nelson Jama 1995	6569	?	2,2%
Talley Gastroenterology 1992	500	>65	3,7%
Drossman DDS 1993	5430	>18	7,1% (0,7%)
Denis 1992	1100	>45	11% (2%)
Giebel Int J Colo Dis 1998	500	>18	19,6% (4,8%)
Siproudhis DCR 2006	7196	>15	16.8%

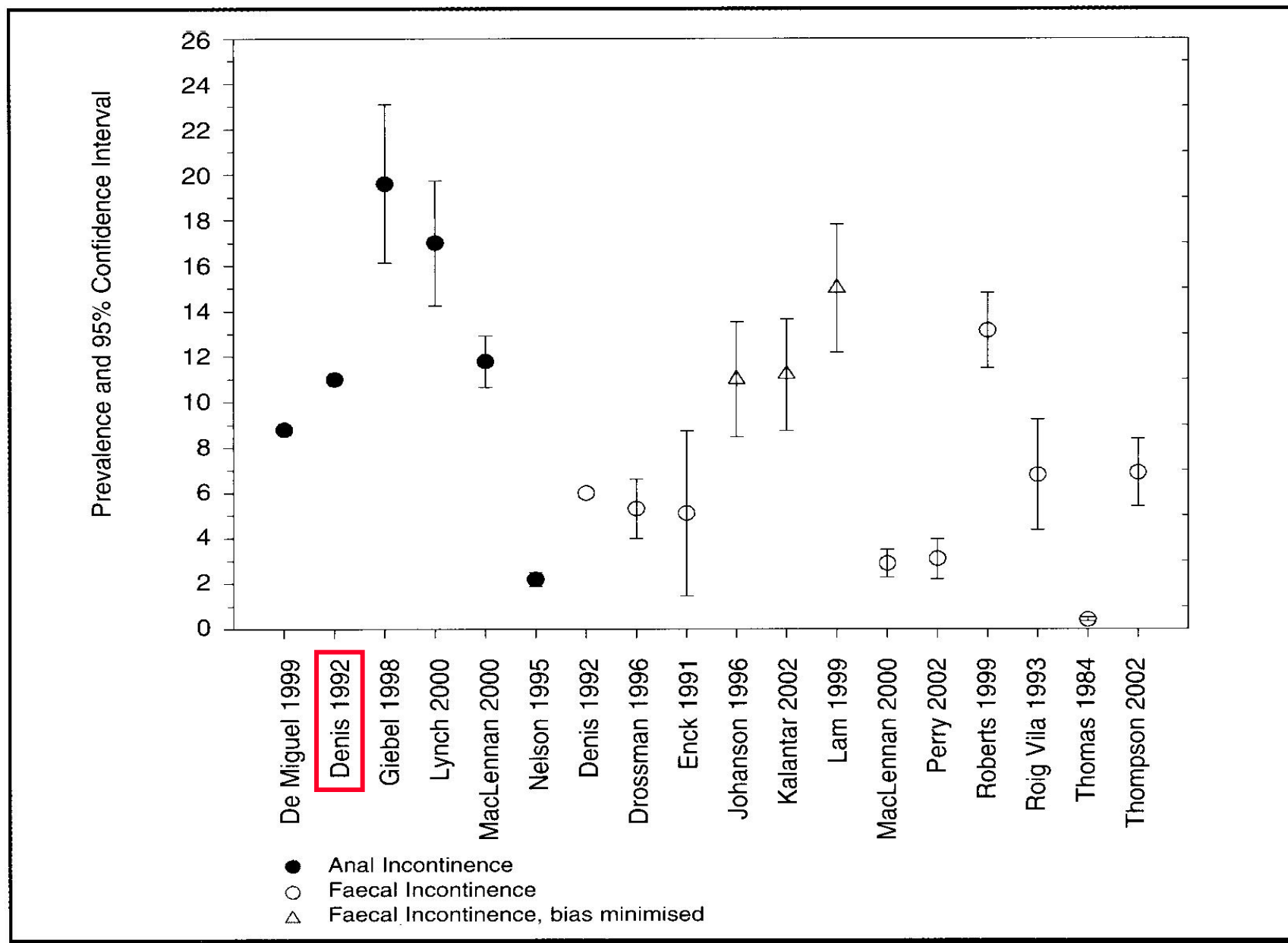
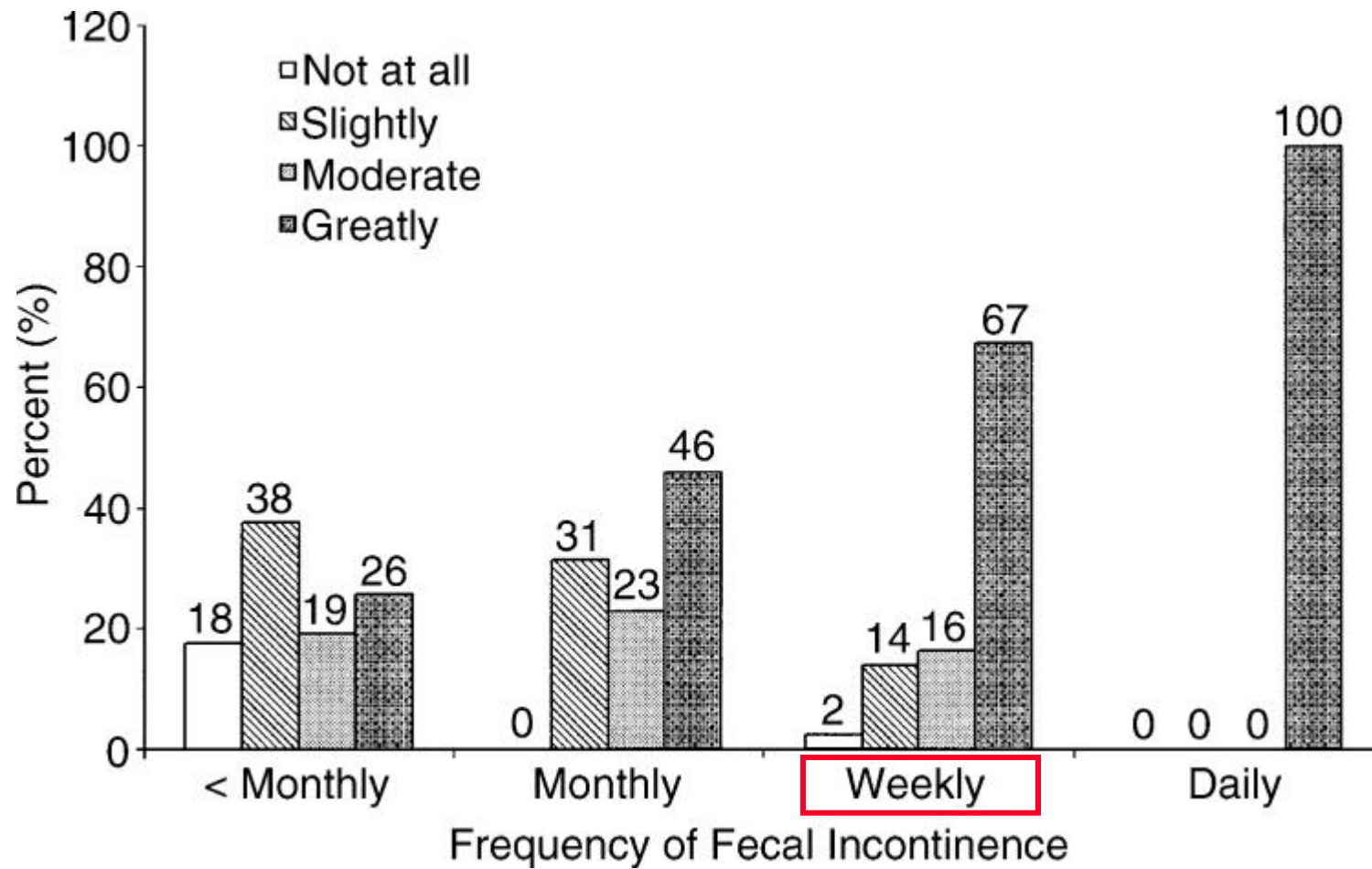


Fig. 1. Variation in prevalence of faecal incontinence in studies of community-dwelling adults.

PREVALENCE DE L'INCONTINENCE ANALE

	Population générale (n=1100)	Médecins gastro et généralistes (n=3.914)	IUE (n=500)	Patients neurologiques (n=1.136)	Personnes âgées (n=10.157)
IA	11%	15.5%	27%	18%	
GAZ	5%	7.6%	17%	2.5%	
SL et/ou	6%	7.9%	9%	15.7%	33%
SS					
SL		6%	8%	4.7%	
SS		1.9%	1%	11%	



Wang et al, DCR 2007

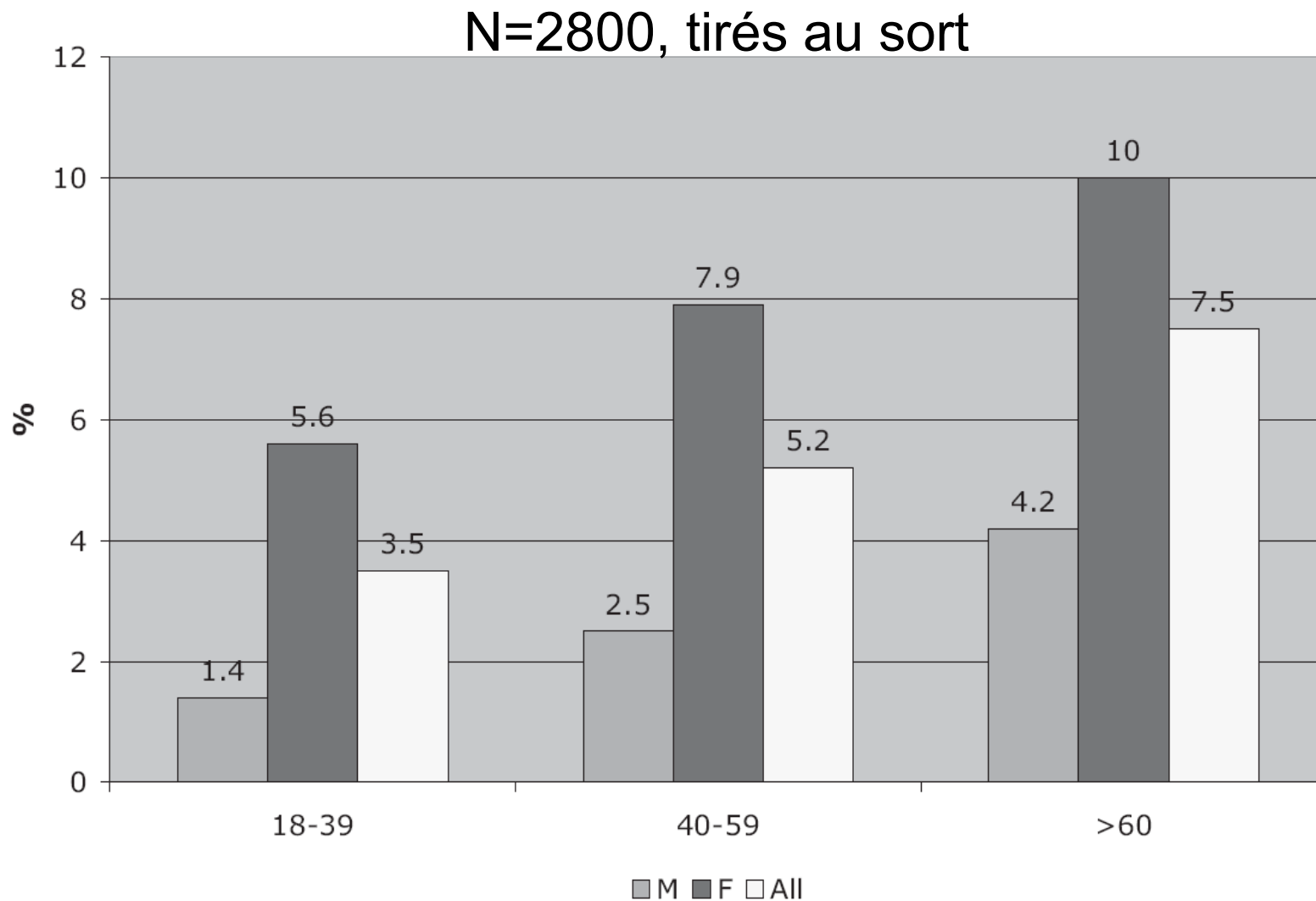
- En considérant les patients ayant au moins 1 épisode hebdomadaire d'IF
 - Prévalence = 2% (1 350 000)
 - avec 1/3 des patients en institution: 500 000

4 patients sur 606 se déclarant incontinents avaient consulté leur médecin généraliste ou gastro-entérologue en raison de ce symptôme et cela bien qu'un quart d'entre eux soient gênés par ce symptôme dans leur vie quotidienne

Denis et al, GCB 1992

Denis et al, GCB 1992

Influence du sexe?



85% des médecins ne savaient pas que le patient souffrait d'IA

Damon et al, GCB 2006

	Femmes	Hommes
--	---------------	---------------

Denis 1992	13%	9%
-------------------	------------	-----------

Nelson 1995	1,4%	0,8%
--------------------	-------------	-------------

Drossman 1993	7,7%	7,9%
----------------------	-------------	-------------

Johanson 1996	18%	21%
----------------------	------------	------------

Talley 1992	3,1%	4,5%
--------------------	-------------	-------------

Longstreth 1992	NS	
------------------------	-----------	--

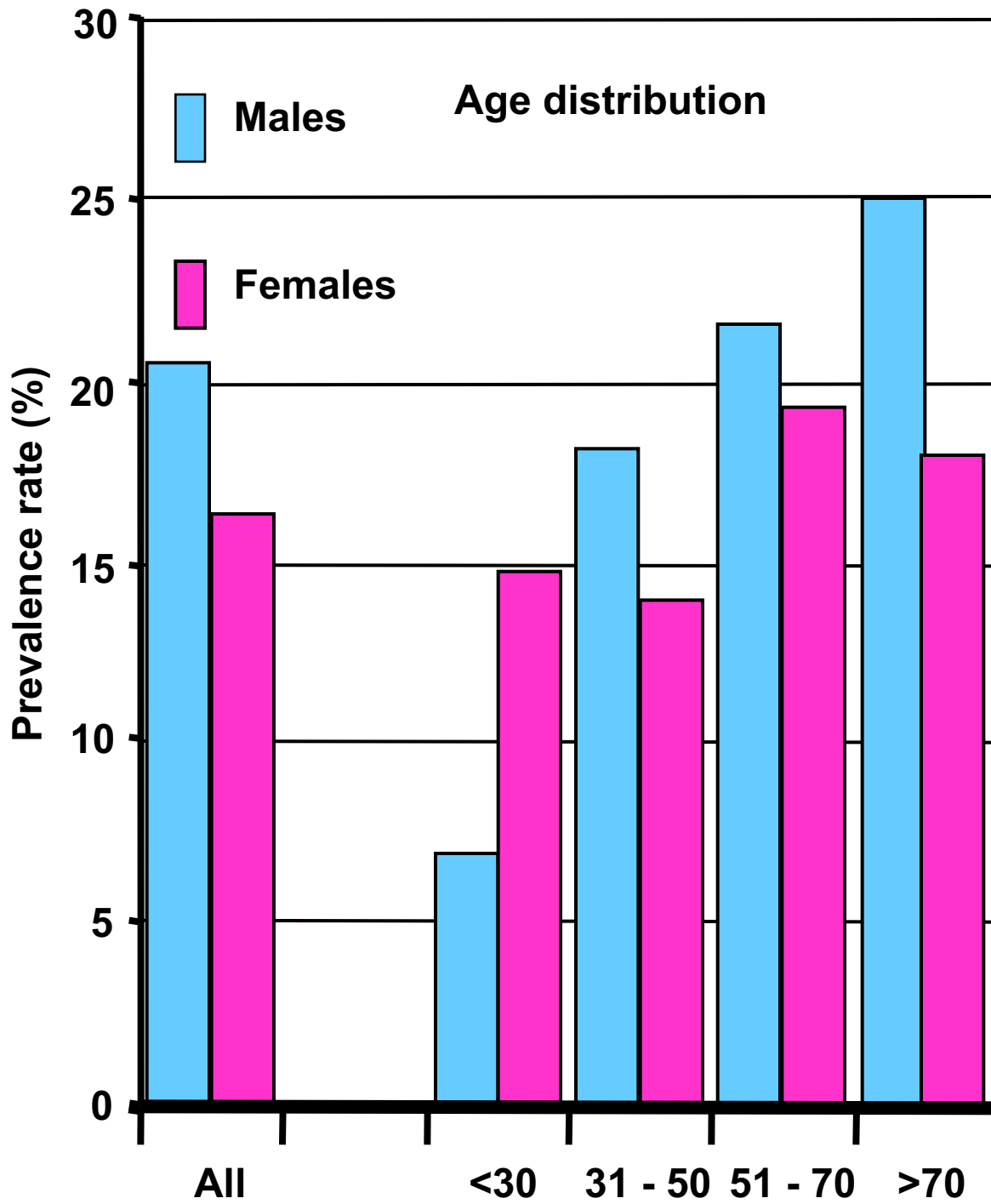


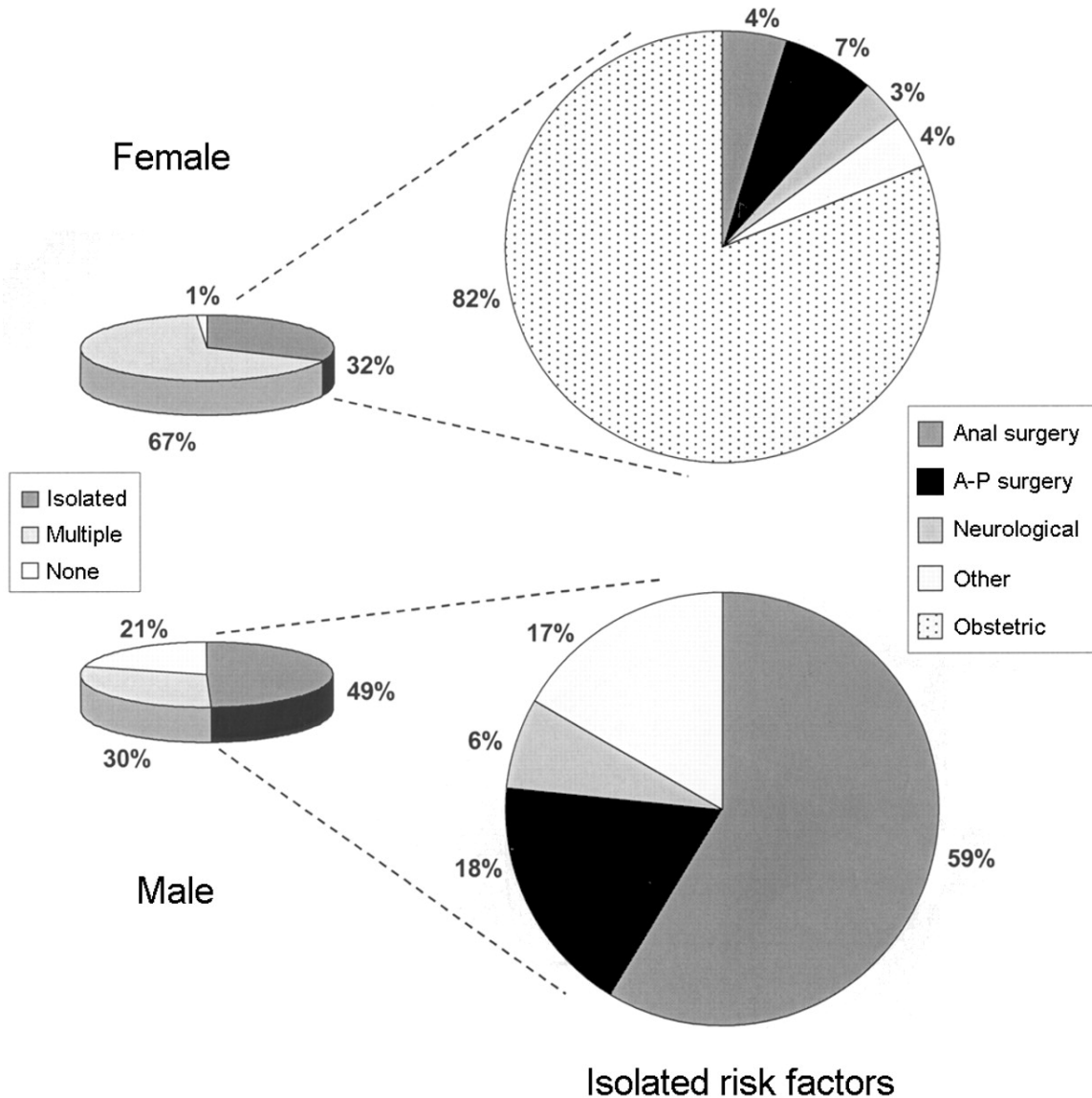
Fig 3: Age and sex distributions of fecal incontinence. Prevalence rates are expressed as the number of affected individuals per 100 (%)

N=900

Influence du sexe sur la cause

629 patients avec IA

Luniss et al, 2004



- 76 patients avec IA non obstétricale
- 7/8 hommes avec ATCD abcès/fistule anale vs 0/68 chez les femmes

Leroi et al, GCB 1993

Influence de l'âge?

Patients consultants

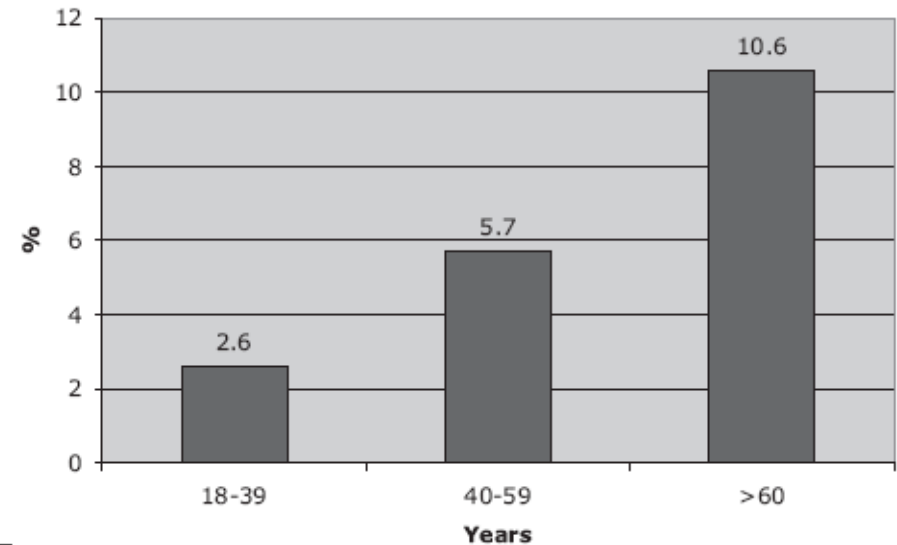
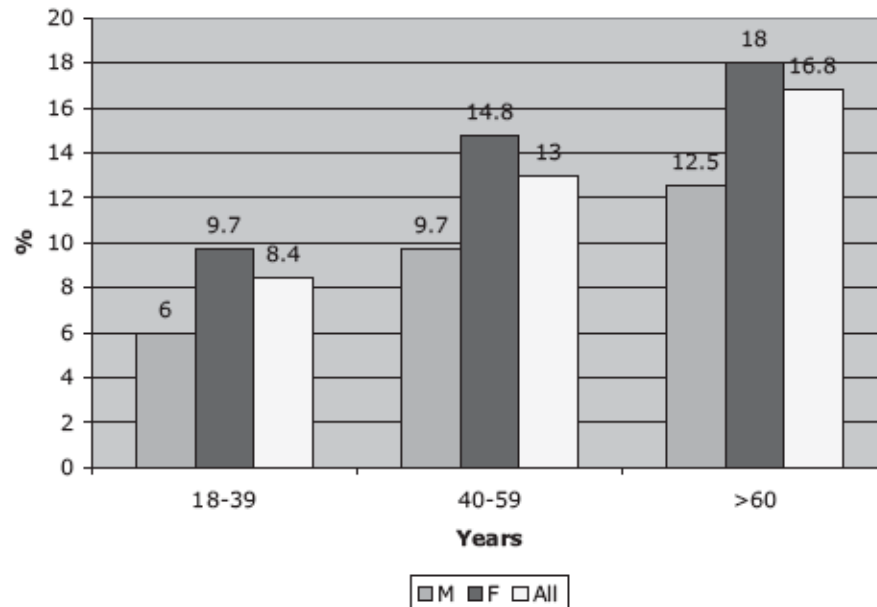


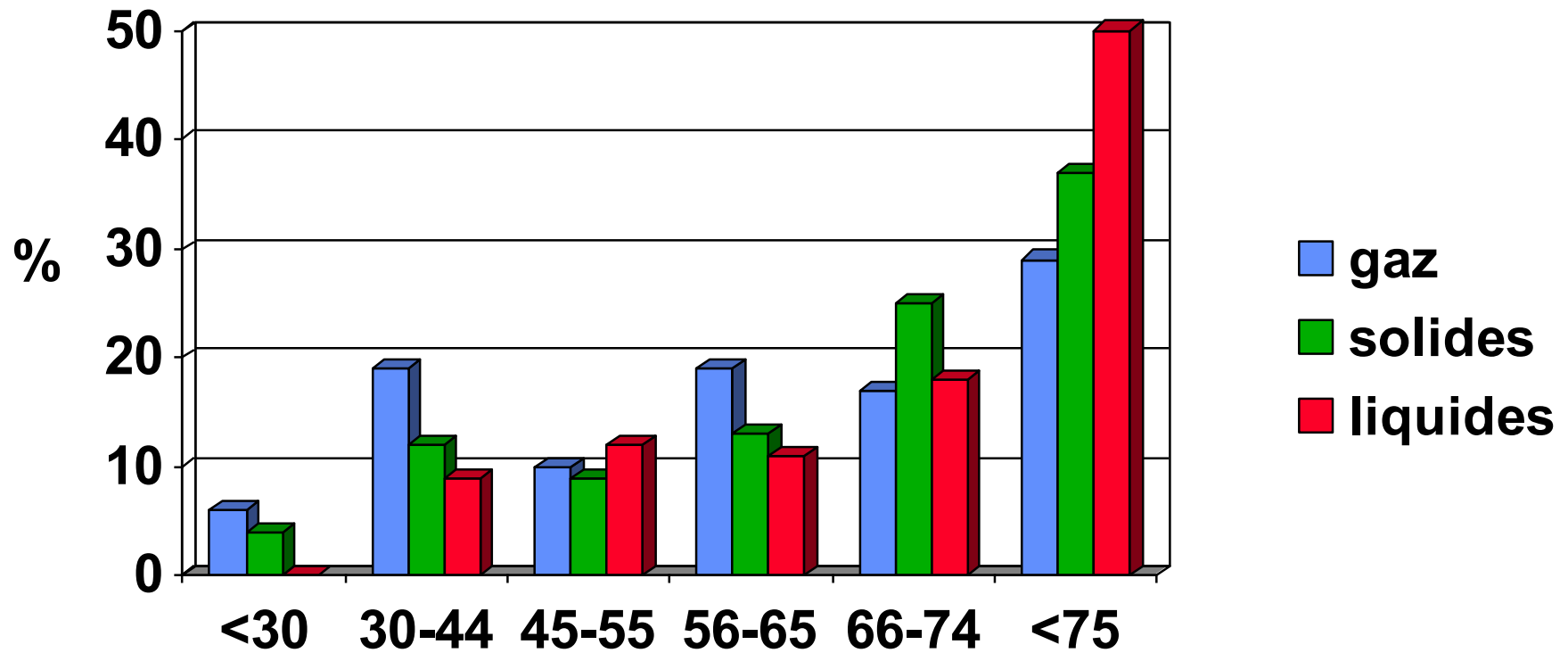
Fig. 5 – Prevalence of anal incontinence in patients attending gastroenterology consultations, according to age and sex.

Prévalence de l'Incontinence Anale en fonction du sexe et de l'âge chez les malades consultant en gastro-entérologie.

Fig. 6 – Prevalence of anal incontinence in women attending gynecology consultations.

Prévalence de l'IA parmi les malades consultant en gynécologie.

Patients consultants



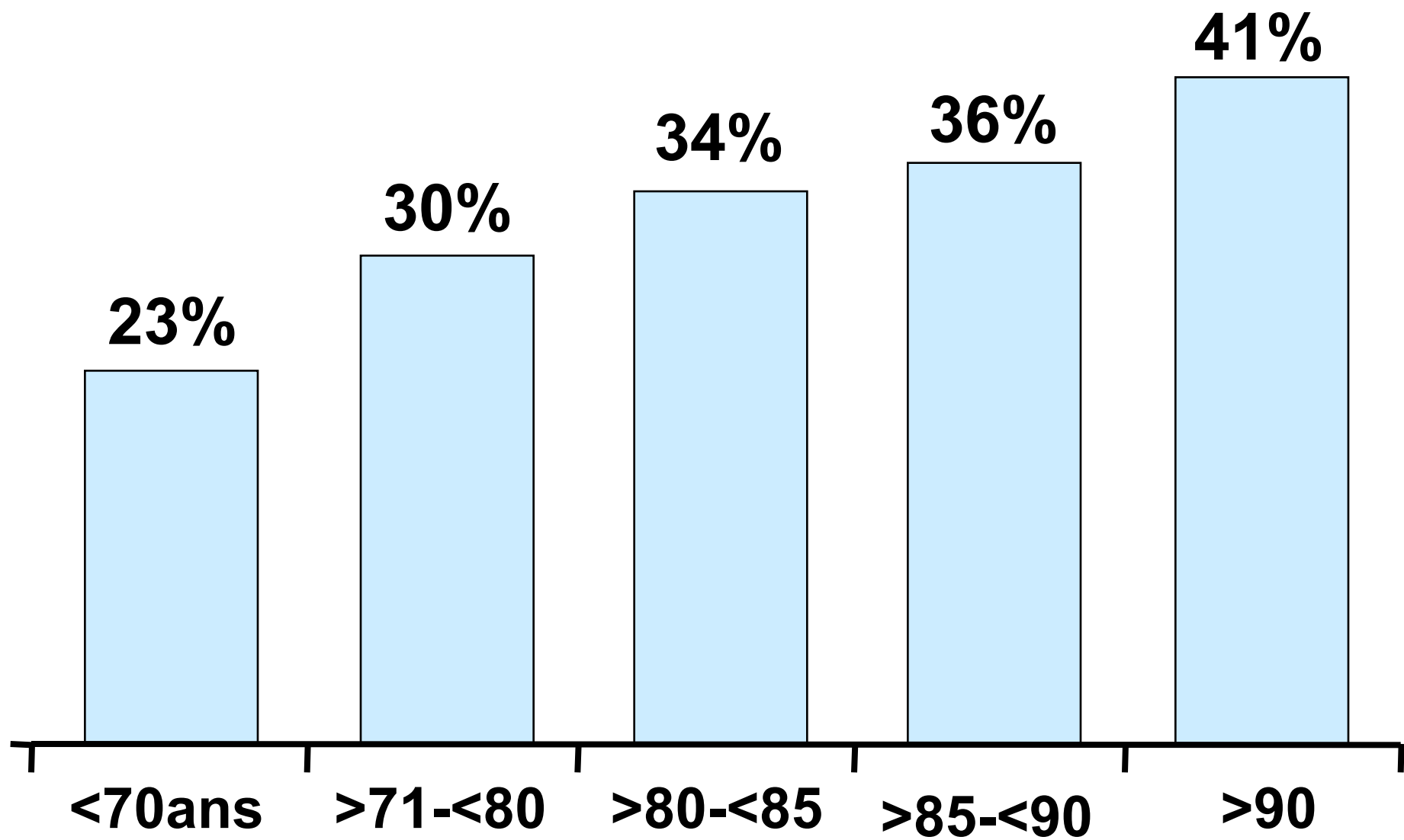
Effet de l'âge sur la prévalence

- Oui
- Drossman 1993
- Talley 1992
- Nelson 1995
- Sentovitch 1995
- Non
- Denis 1992
- Johanson 1996

Institutionnalisation plus précoce en France?

Effet de l'âge sur la cause

- 399 femmes <49 ans ou >65 ans
- En analyse multivariée
- Associé à <49 ans
 - 1 accouchement traumatique
 - Defect > 90°
- Associé à >75 ans
 - Hémorroïdectomie
 - Neuropathie pudendale
 - Plus de deux accouchements



**Prévalence de l'incontinence fécale chez des patients
âgés en institution en fonction de l'âge**

Comorbidité?

Maladies générales

- AVC
 - Nakayama 1997
- Démence
 - Johanson 1997
- Diabète
 - Pinna Pintor 1997
 - Schiller 1982

2109 patientes

- Sont associés à l'IA en multivarié
 - Diabète (0.07)
 - BMI (0.001)
 - Intestin irritable (0.001)
 - Ménopause (0.05)
 - IU (<0.001)
 - Hystérectomie (0.05)
 - Colectomie (0.02)
 - Cholecystectomie (0.07)
- Ne sont pas associés
 - âge

2109 patientes

- Sont associés à l'IA en multivarié

- Diabète (0.07)
- BMI (0.001)
- Intestin irritable (0.001)
- Ménopause (0.05)
- IU (<0.001)
- Hystérectomie (0.05)
- Colectomie (0.02)
- Cholecystectomie (0.07)

- Ne sont pas associés
 - âge

Dig Dis Sci (2010) 55:2428–2430
DOI 10.1007/s10620-010-1288-0

EDITORIAL

Incontinence: An Underappreciated Problem in Obesity and Bariatric Surgery

Adil E. Bharucha

Urinary and Fecal Incontinence After Bariatric Surgery

Erica N. Roberson • Jon C. Gould •
Arnold Wald

			Après chirurgie		
	IF solides	IF liquides	Mieux	Pareil	Pire
Femmes N=160	21%	48%	8%	38%	55%
Hommes N=33	30%	42%	15%	54%	31%

2109 patientes

- Sont associés à l'IA en multivarié
 - Diabète (0.07)
 - BMI (0.001)
 - Intestin irritable (0.001)
 - Ménopause (0.05)
 - IU (<0.001)
 - Hystérectomie (0.05)
 - Colectomie (0.02)
 - Cholecystectomie (0.07)
- Ne sont pas associés
 - âge

Ménopause

21 patientes ménopausées avec IF

Symptômes IA

**Avant
TSH**

**Après
TSH**

P

Difficultés d'exonération

5

2

NS

Incontinence

- Gaz

15

5

0.004

- Selles liquides

12

6

NS

- Selles solides

6

3

NS

Besoins impérieux

13

6

0.02

Donnelly, Br. J. Obstet Gynaecol.1997

2109 patientes

- Sont associés à l'IA en multivarié
 - Diabète (0.07)
 - BMI (0.001)
 - Intestin irritable (0.001)
 - Ménopause (0.05)
 - IU (<0.001)
 - Hystérectomie (0.05)
 - Colectomie (0.02)
 - Cholecystectomie (0.07)
- Ne sont pas associés
 - âge

Incontinence urinaire

	n	IA
Jackson 1997		
IU + prolapsus	170	36 (21%)
Khullar 1998		
IUE	183	38 (21%)
instabilité vésicale	86	26 (30%)

2109 patientes

- Sont associés à l'IA en multivarié
 - Diabète (0.07)
 - BMI (0.001)
 - Intestin irritable (0.001)
 - Ménopause (0.05)
 - IU (<0.001)
 - Hystérectomie (0.05)
 - Colectomie (0.02)
 - Cholecystectomie (0.07)
- Ne sont pas associés
 - âge

Table 4. Analysis of Risk Factors for Fecal Incontinence
Among Women in Olmsted County, Minnesota

Variable	OR (95% CI)
Body mass index (per unit)	1.1 (1.004–1.1)
Past smoker	0.98 (0.5–1.9)
Current smoker	4.7 (1.4–15)
Diarrhea	53 (6.1–471)
Irritable bowel syndrome	4.8 (1.6–14)
Cholecystectomy	4.2 (1.2–15)
Rectocele	4.9 (1.3–19)
Stress urinary incontinence	3.1 (1.4–6.5)

Antécédents obstétricaux

- 1435 consultantes (Gynécologie)
- IA chez 8.1%
- Analyse multivariée: étaient associés à l'IA
 - Parité (OR=3.1;1.6-6.0)
 - Déchirure III ou IV (OR=4.4;2.0-9.1)

Table 4. Analysis of Risk Factors for Fecal Incontinence
Among Women in Olmsted County, Minnesota

Variable	OR (95% CI)
Body mass index (per unit)	1.1 (1.004–1.1)
Past smoker	0.98 (0.5–1.9)
Current smoker	4.7 (1.4–15)
Diarrhea	53 (6.1–471)
Irritable bowel syndrome	4.8 (1.6–14)
Cholecystectomy	4.2 (1.2–15)
Rectocele	4.9 (1.3–19)
Stress urinary incontinence	3.1 (1.4–6.5)
<u>Obstetric risk factors</u>	
Grade 1	0.8 (0.4–1.9)
Grade 2	1.1 (0.4–3.6)
Grade 3	1.9 (0.7–5.2)

NOTE. Only those variables that were significant in the multivariable analysis are shown.

INCONTINENCE ANALE (Expérience Personnelle)

500 MALADES A DOMICILE



1/3 = symptômes

- Cause Neurologique (AVC, démence, SEP, Queue de cheval, neuropathie...)
- Malformations (imperforation, spina, Agénésie sacrée).
- « Traumatique » (empalement, obstétrique, fistule, abcès, pénétration anale forcée, dilatation)
- Cause gastroentérologique (colite, rectite radique ou ischémique, Anastomose iléo-anale, etc...)



**2/3 = maladie
(69 malades)**



- Intestin irritable = 25% (cholecystectomie)
- Fécalomes rectaux = 10%
- Prolapsus extériorisé = 10%

Insuffisance musculaire = 55%

➔ 1/3 d'une population consultant pour incontinence

Conclusion

- IA est fréquente
- Sous estimée
- Pas de lien établi avec le sexe, l'âge (sauf en institution)
- Association fréquente avec
 - IU
 - Obésité
 - Diarrhée
- Rôle des antécédents obstétricaux chez la femme