

# Incontinence fécale chez les aînés

Chris Frank MD CCFP(COE) FCFP Frank Molnar MSc MDCM FRCPC Martha Spencer MD FRCPC

## Question clinique

Comment faut-il évaluer et prendre en charge l'incontinence fécale (IF) chez les aînés?

## Résultats

Il est essentiel de dépister les cas actifs, car souvent, les patients ne signalent pas leur IF parce qu'ils sont mal à l'aise ou croient à tort qu'il s'agit d'un phénomène normal avec l'âge. Les causes et les facteurs contributifs varieront selon le contexte clinique et le degré de fragilité. Les premières étapes à suivre sont l'anamnèse, notamment une revue des médicaments et une évaluation fonctionnelle, de même qu'un examen physique, y compris des examens abdominaux, périnéaux et un toucher rectal. Les investigations et le traitement dépendent de la cause (**Encadré 1**).

## Données probantes

Il est nécessaire d'adopter une approche rigoureuse pour l'IF<sup>1</sup>. Les taux d'IF augmentent avec l'âge et sont bien plus élevés dans les établissements de soins de longue durée<sup>2</sup>. L'incontinence fécale est souvent un marqueur d'une fragilité accrue et est associée à une mortalité plus grande à 1 an<sup>3</sup>. Le psyllium peut réduire de 50% la fréquence de l'IF chez ceux qui ont des selles molles et pourrait être aussi efficace que les agents contre la motilité<sup>4</sup>.

Les patients et les soignants doivent être renseignés sur la bonne position à prendre pour déféquer (bon soutien, penché vers l'avant, les pieds soulevés d'environ 30 cm à l'aide d'un tabouret)<sup>5</sup>. Même s'il peut être utile de suivre une même routine pour aller à la selle, les données actuelles ne permettent pas de le corroborer.

## Approche

Il faudrait poser systématiquement aux patients plus âgés des questions comme la suivante : « Avez-vous des fuites de selles ou de la difficulté à contrôler votre envie? » La compréhension des effets de l'IF sur la qualité de vie permettra de choisir parmi les traitements offerts. Une approche anatomique peut être utile, mais l'IF implique souvent des systèmes extérieurs au tractus gastro-intestinal (**Encadré 1**). L'incontinence fécale peut être catégorisée selon qu'elle est impérieuse (temps limité entre le besoin ressenti de déféquer et la défécation), passive (aucun besoin ressenti de déféquer; perte involontaire de selle) ou sous forme de fuites (écoulement involontaire après une défécation normale). La diarrhée peut contribuer à l'IF, mais n'est pas nécessairement présente. L'examen physique doit comporter une palpation abdominale pour détecter des masses,

### Encadré 1 Causes de l'incontinence fécale

#### Anus

- Traumatiques: blessure d'origine chirurgicale ou obstétrique
- Non traumatiques: radiothérapie, fibrose, neuropathie (p. ex. diabète)

#### Plancher pelvien

- Traumatiques: blessure d'origine chirurgicale ou obstétrique, tension chronique
- Non traumatiques: obésité, sarcopénie, mauvaise coordination musculaire

#### Rectum

- Traumatiques: blessure d'origine chirurgicale
- Inflammation: maladie intestinale inflammatoire, radiothérapie, infection
- Sensation réduite: neuropathie, constipation

#### Intestin

- Diarrhée: infection, inflammation, médicaments (magnésium, antibiotiques, metformine, inhibiteurs de la pompe à protons, antifongiques, bloqueurs des canaux calciques)
- Constipation avec diarrhée par regorgement


#### Système nerveux central

- Cerveau: troubles neurodégénératifs, AVC, tumeur cérébrale, sclérose en plaques
- Moelle épinière: lésion, sténose médullaire, myélopathie

l'inspection du périnée pour trouver des lésions ou une infection, le test des voies nerveuses S2 à S4, le test du réflexe anal et un toucher rectal. Il faut envisager des limitations fonctionnelles et cognitives. Le choix des analyses doit se faire au cas par cas, mais elles peuvent inclure un hémogramme et le dosage du calcium, de la thyrostimuline et de l'hémoglobine A<sub>1c</sub>. Si l'IF est associée à un changement dans la fréquence ou la consistance des selles, il faut envisager une colonoscopie pour exclure un cancer.

Les traitements de première intention sont des stratégies non pharmacologiques, comme la réduction des obstacles fonctionnels, des changements au régime alimentaire, et de l'information au sujet du bon positionnement et des facteurs environnementaux. Parmi les thérapies médicales figure le psyllium pour les patients mobiles dont les selles sont molles. Des agents contre la motilité pourraient aider pour la diarrhée chronique et pour les personnes qui ont eu une intervention chirurgicale anorectale et ont une IF passive. Il y a lieu d'être prudent dans les cas d'arythmie ou de déficience cognitive. Les cas réfractaires de dysfonction ou de lésion du sphincter pourraient bénéficier d'interventions comme une neuromodulation sacrée, une réparation du sphincter ou une sphinctéroplastie.

## Mise en pratique

L'idéal est d'adopter une approche multidisciplinaire, regroupant des professionnels comme des infirmières spécialisées en continence, des travailleurs sociaux, étant donné le stress causé par l'IF et ses effets sur l'autonomie, de même que des gastroentérologues, et des spécialistes en médecine gériatrique et en soins aux aînés. La physiothérapie du plancher pelvien est très efficace et recommandée comme thérapie de première intention. Il est essentiel d'obtenir l'acceptation des traitements fondés sur des données probantes par les patients et les soignants. 

Le **D<sup>r</sup> Frank** est médecin de famille à Kingston (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Molnar** est spécialiste en médecine gériatrique à Ottawa (Ontario). La **D<sup>re</sup> Spencer** est gériatricienne à l'Hôpital St Paul's à Vancouver (C.-B.).

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Références

1. Spencer M. Fecal incontinence in older adults: a practical approach. *Can Geriatr Soc J CME* 2019;9(1). Accessible à : <https://canadiangeriatrics.ca/2019/07/fecal-incontinence-in-older-adults-a-practical-approach>. Réf. du 9 mars 2020.

2. Menees SB, Almario CV, Spiegel BMR, Chey WD. Prevalence of and factors associated with fecal incontinence: results from a population-based survey. *Gastroenterology* 2018;154(6):1672-81.e3. Publ. en ligne du 3 févr. 2018.
3. Chassagne P, Landrin I, Neveu C, Czernichow P, Bouaniche M, Doucet J et coll. Fecal incontinence in the institutionalized elderly: incidence, risk factors, and prognosis. *Am J Med* 1999;106(2):185-90.
4. Bliss DZ, Savik K, Jung HJG, Whitebird R, Lowry A, Sheng X. Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial. *Res Nurs Health* 2014;37(5):367-78. Publ. en ligne du 23 août 2014.
5. Heymen S, Jones KR, Ringel Y, Scarlett Y, Whitehead WE. Biofeedback treatment of fecal incontinence: a critical review. *Dis Colon Rectum* 2001;44(5):728-36.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés

Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the April 2020 issue on page 264.



Les Perles gériatriques sont produites de concert avec le *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*, une revue révisée par des pairs publiée par la Société canadienne de gériatrie ([www.geriatricsjournal.ca](http://www.geriatricsjournal.ca)). Les articles font la synthèse des données probantes tirées des articles publiés dans la revue *Canadian Geriatrics Society Journal of CME* et présentent des approches pratiques à l'intention des médecins de famille qui soignent des patients âgés.