Epidémiologie et conséquences médico-économiques de l'incontinence anale de l'adulte

Ph DENIS

Physiologie Digestive, Urinaire, Respiratoire, et Sportive
Hôpital Charles Nicolle
1 rue de Germont
F 76031 Rouen Cedex
Tel : 02.32.88.87.85

Correspondance :
Professeur Philippe Denis
Email : Philippe.Denis@chu-rouen.fr

Résumé

Dix pour cent de la population générale souffre d'une incontinence anale (IA) quel que soit son type (selles solides ou liquides, gaz) et sa gravité (fréquence, port de protection, retentissement sur la vie personnelle, familiale, sociale). Un pour cent de la population générale vivant à domicile perd ses matières fécales au moins une fois par semaine. L'âge accentue significativement mais faiblement le risque de survenue d'une IA. L'altération de l'état général et des fonctions supérieures et la diminution des capacités physiques jouent un rôle plus important que l'âge dans la survenue de l'IA chez les personnes âgées. Contrairement à une idée reçue, toutes les études qui ont étudié l'influence du sexe ont conclu à une prévalence de survenue de l'IA non différente entre femmes et hommes. Les 10 dernières années ont mis en évidence un pic de survenue de l'IA dans le post-partum, en particulier chez les primipares. La prévalence est de 1 à 2 % d'IA pour les matières dans toutes les études prospectives, révélant donc un risque bien supérieur à ce qui était généralement admis. La moitié des personnes âgées vivant en institution ont une IA, presque toujours associée à une IU. La prévalence est encore plus élevée en cas de démence ou de perte d'autonomie physique. Les dépenses liées à l'IA et à l'IU atteignent par exemple 0,5 % du total des dépenses de santé et 0,05 % du PIB en Suède. Même si à titre individuel les actes chirurgicaux sont les plus coûteux (9000 € pour un sphincter artificiel), l'essentiel des dépenses est représenté par les traitements palliatifs et en particulier par les protections. L'incontinence chez une personne âgée en institution coûte 3500 € par an et les dépenses d'achat de protections sont estimées à 20 milliards d'euros pour l'union européenne. Ces dépenses considérables suggèrent la nécessité d'une part d'un dépistage et d'une prévention par les médecins généralistes et les gastroentérologues, d'autre part d'études médico-économiques pour évaluer la prise en charge chirurgicale.

Mots clés : incontinence anale / épidémiologie

Abstract

Epidemiology of anal incontinence

The prevalence of anal incontinence, including gas, liquid and/or solid stools, is about 10 percent in general community if we consider all the patients whatever frequency of incontinence and its adverse consequences on patients' well-being, interpersonal relationships and social role fulfilment. Daily or weekly anal incontinence affects about 1 percent of the general population living at home. The prevalence of anal incontinence increases significantly but slightly with age. Indeed the most prominent risk factors for fecal incontinence in elderly are physical disability and poor general health and the prevalence approaches 50 percent among nursing home residents. Surprisingly epidemiological studies fail to clearly demonstrate that women are more willing to report anal incontinence than men in general population. However during the last ten years several prospective studies demonstrated that childbirth leads to anal incontinence 1 to 2 percent of women immediately after pregnancy and long after pregnancy.

There are few data available on the direct costs of treatment of anal incontinence. A series of detailed studies of direct health care costs for urinary incontinence demonstrated that incontinence is a very expensive symptom responsible of tens of billions of Euros every year. For example the estimated national costs of incontinence accounts for 0.5 percent of the total costs of Swedish health care and 0.05 percent of the Gross National Product. Even if surgery is the most expensive treatment (9000 € for an artificial sphincter), the costs generated by anal incontinence are mainly due to medical treatment, especially with respect to elderly patients admitted to nursing homes (nursing time, laundry, incontinence supplies). The enormous economic costs of incontinence suggest 1- the need for general practitioners and gastroenterologists to detect, to prevent, and to treat anal incontinence in order to delay or avoid admitting patients to medical facilities such as nursing homes for example 2- to promote research and development to define the best medical and economical management strategies

Key words : anal incontinence / epidemiology

La prévalence des incontinences anales (IA) représente un problème de santé publique en raison de son retentissement parfois majeur en terme de qualité de vie et du coût financier induit par sa prise en charge. Cette mise au point est consacrée à l'IA et envisagera donc sa prévalence ainsi que la filière de soins qui pourrait être envisagée. Les études portant sur le coût de l'IA sont indissociables de celle de l'IU et le chapitre médico-économique envisagera donc les dépenses induites par les deux incontinences

Prévalence de l'incontinence anale dans la population générale

Résultats globaux

Des études épidémiologiques publiées entre 1992 et 2003 ont apporté des données sur la prévalence de l'IA. Une enquête effectuée par envoi postal d'un questionnaire aux habitants du comté d'Olmsted auprès d'un échantillon de sujets âgés de 65 à 93 ans a permis de recueillir les symptômes de 328 sujets (1). Une IA définie par une perte de matière au moins une fois par semaine ou la nécessité de porter une protection était observée dans 3,7 % des cas (1). Deux enquêtes ont été conduites parallèlement en France en 1992 (2). Un sondage téléphonique effectué auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de plus de 45 ans (1100 individus) a rapporté une prévalence de 11% de sujets déclarant avoir déjà eu une IA quels que soient son type et sa fréquence, de 6% déclarant avoir déjà eu une perte involontaire de matière quelle que soit la fréquence, de 2% ayant une incontinence pour les matières au moins une fois par semaine (2). A la même époque, chez 3914 patients consultant leur médecin généraliste ou leur gastroentérologue interrogés la même semaine, la prévalence était de 15,5 % d'IA quels que soient son type et sa fréquence, 7,9 % d'incontinence pour les matières quelle que soit sa fréquence, 3,2 % d'incontinence pour les matières au moins une fois par semaine (2). Seulement 4 de ces 606 patients se déclarant incontinents parmi les 3914 interrogés avaient déjà consulté pour leur IA (2). Aux Etats Unis au cours d'une enquête du même type chez 1264 sujets appartenant au même HMO et consultant pour un bilan de santé, une prévalence de 5,3% d'IA incluant le suintement anal a été rapporté chez des sujets de 14 à 44 ans (3). En 1993 Drossman et al (4) ont rapporté les résultats d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population américaine vivant à domicile âgée de plus de 15ans (5430 individus). Cette enquête n'était pas dédiée à l'étude exclusive de l'IA mais visait à étudier l'ensemble des troubles fonctionnels digestifs. Sept pour cent des sujets déclaraient une souillure anale et 0,7 % une IA sévère, dont les caractéristiques n'étaient pas précisées (4). Dans l'état du Wisconsin l'enquête menée par Nelson et al (5) était spécifiquement dédiée à l'étude de la prévalence de l'IA. Cette enquête téléphonique a concerné 6959 individus âgés de plus de 18 ans dont les renseignements étaient recueillis auprès d'un membre de la famille censé connaître l'état de santé de la famille. La prévalence de l'IA était de 2,2% dans cet échantillon. Dix pour cent des patients souffrant d'IA avaient un accident d'IA au moins une fois par semaine, 1/3 d'entre eux avaient modifié leur activité quotidienne en raison de l'IA, 18% devaient porter une protection permanente (5). La prévalence de l'IA a été étudiée également aux Etats Unis chez 881 sujets âgés de plus de 18 ans consultant leur médecin généraliste ou leur gastroentérologue (6). Comme en France, la prévalence de l'IA était plus élevée que dans la population générale (4, 5), touchant 18,4 % des sujets étudiés. Dans ce travail la gravité de l'IA a été appréciée par la fréquence des accidents qui était quotidienne dans 2,7% des cas, hebdomadaire dans 4,7 % des cas, mensuelle ou occasionnelle dans 7,1% des cas (6). Giebel et al (7) ont étudié en Allemagne 500 patients âgés de plus de 18 ans, consultant dans un centre hospitalier, sélectionnés pour constituer un échantillon représentatif de la population générale. Dans ce groupe de sujets, la prévalence de l'IA quelque soit son type et sa fréquence étaient de 19,6 %, l'impossibilité de contrôler l'issue des matières solides touchant 4,8% des individus (7). Trois enquêtes auprès de la population générale réalisée en Australie (8), en Europe (9), et en Asie (10) ont été publiées en 2002 et 2003. Parmi les 642 individus étudiés en Australie, la prévalence de l'IA était de 11,2 % pour l'IA quels que soient son type et sa fréquence, 2 % pour l'IA pour les selles solides, 9% pour l'IA pour les selles liquides (8). Vingt huit pour cent des sujets se déclarant incontinents rapportaient des accidents au moins une fois par semaine (8). Parmi les 10 116 individus ayant répondu à l'enquête de Perry et al (9), 1,4 % déclaraient une IA majeure avec retentissement en terme de qualité de vie et 1,7 % une IA mineure. L'enquête réalisée à Taiwan s'est intéressée à l'IA chez 1253 femmes qui se déclaraient incontinentes pour les matières dans 2,8 % des cas et pour les gaz dans 8,6 % des cas. Il semble raisonnable d'estimer qu'une IA pour les matières survenant au moins une fois par semaine est observée chez environ 1% de la population générale, tandis que l'IA quelque soit son type et sa fréquence est rapportée par 10% de la population générale.

Prévalence en fonction du sexe

Tous les praticiens habitués à recevoir des patients pour IA voient plus de femmes que d'hommes consultant pour ce symptôme, suggérant une prévalence plus élevée chez la femme que chez l'homme. Pourtant deux études seulement effectuées auprès de la population générale confirment ce ressenti de consultation (2, 5). Dans les deux enquêtes françaises rapportées ci-dessus (2) la prévalence de l'IA était de 13% chez les femmes et 9% chez les hommes dans la population générale (OR : 1,5 [1.2-2.2]) et de 17% chez les femmes et 12 % chez les hommes consultant leurs médecins (OR : 1,5 [1.2-1.8]). L'analyse multivariée rapportée par Nelson et al (5) mettait également en évidence le sexe féminin comme facteur de risque d'IA (OR : 1,5 [1.1-1.2]). Les résultats de ces deux études confirmaient donc le résultat attendu d'une prévalence plus grande de l'IA chez la femme que chez l'homme mais révélaient une prévalence masculine plus élevée que ce qui était généralement admis. Toutes les autres études rapportées ci-dessus (1, 3, 6-9) ont rapporté des prévalences d'IA non différentes entre les hommes et les femmes. Il convient donc d'admettre que les données épidémiologiques infirment l'impression d'une prévalence de l'IA plus élevée chez la femme que chez l'homme. Les données épidémiologiques invitent donc à dépister l'IA trop souvent méconnue par les médecins et à faire un effort particulier auprès des patients masculins.

Prévalence en fonction de l'âge

Chez les individus autonomes vivants à domicile, la plupart des études indiquent que l'âge est un facteur de risque d'IA. Dans l'état du Wisconsin, Nelson et al (5) rapportent une prévalence de l'IA significativement plus élevée après 65 ans qu'avant 65 ans, et l'âge est une variable significative en analyse multivariée. Dans l'étude de Kalantar et al, la prévalence de l'IA augmente significativement avec l'âge, passant de 7% entre 18-39 ans à 12% entre 40 et 59 ans et 18% après 60 ans (8). Perry et al rapportent une prévalence trois fois plus élevée de l'IA après 80 ans par rapport à la classe d'âge 40-49 ans (9). Trois enquêtes portant sur la population générale ne retrouvent pas l'effet de l'âge sur la prévalence de l'IA. Deux d'entre elles n'ont étudié que des sujets de plus de 65 ans (1) ou 45 ans (2) ce qui peut représenter un biais méthodologique pour étudier l'influence de l'âge. De plus la prévalence de l'IA observée dans ces deux études (1, 2) et dans celle de Chen et al (10) chez les sujets de plus de 65 ans de l'ordre de 10 % environ est deux fois plus faible que celle rapportée dans les autres d'études, pouvant contribuer à minimiser l'effet de l'âge. Au vu des résultats rapportés on retiendra cependant que l'IA n'est pas rare chez l'adulte jeune même si sa prévalence augmente avec l'âge, et que des facteurs qui affectent l'état général et les capacités physiques représentent un risque plus grand de survenue d'incontinence que l'âge ou le sexe (11).

Retentissement social de l'IA

Bien que le retentissement social de l'IA soit un des critères de gravité pour établir un score d'IA, les études épidémiologiques donnent peu d'indications sur ce point. Le taux d'absentéisme au travail ou à l'école est de 29,4% des sujets souffrants d'IA majeure et de 11,7% en cas de souillures anales, pouvant entraîner 50 jours d'arrêt de travail annuel en cas d'IA majeure (4). La vie sociale est également perturbée puisque les patients souffrant d'IA vont significativement moins souvent qu'un groupe contrôle au théâtre, au concert, à des dîners entre amis et qu'ils utilisent moins les transports en commun (7). Dans l'étude de Perry et al (9), 0,7% de la population étudiée déclare que l' IA a un retentissement important sur les activités quotidiennes, soit la moitié des individus déclarant une IA majeure. La demande de recours aux soins pour diminuer le retentissement de l'IA concerne seulement 2% des sujets de plus de 80 ans (9). Des travaux mériteraient d'évaluer si une meilleure réponse à ces personnes âgées permettrait de prolonger leur maintien à domicile.

Prévalence de l'incontinence anale dans le post-partum

La survenue d'une IA dans le post-partum a semblé anecdotique jusqu'à la publication en 1993 de Sultan et al (12) qui montrait que 10% des primipares et 23% des multipares souffraient d'IA ou d'impériosité exonératrice et que la plupart de ces femmes avaient une rupture sphinctérienne infraclinique mise en évidence par l'échographie endoanale. D'autres études ont confirmé depuis la prévalence élevée de l'IA après accouchement par voie vaginale. Ces études confirment que l'IA est sous-estimée dans le post-partum lorsqu'elle n'est pas systématiquement recherchée, qu'elle est fréquente chez les primipares même si la multiparité pourrait être un facteur de risque (13), et que la prévalence de l'IA pour les matières pourrait être de l'ordre de 0,5 à 2%. Bien que le risque de l'IA du post-partum reste surtout élevé en cas de déchirure du 3ème degré (14), les études ci-dessus ont montré la fréquence de l'IA chez les femmes n'ayant pas de rupture sphinctérienne clinique et la nécessité par conséquent de dépister l'IA systématiquement. En l'absence de rupture clinique, les deux mécanismes les mieux étudiés pour expliquer l'IA du post-partum sont les ruptures sphinctériennes démontrées par échographie endoanale et les neuropathies pudendales mises en évidence par les examens électrophysiologiques (14, 15). Un étirement du plexus pudendal pourrait être également un facteur d'IA du post-partum (16).

Prévalence de l'incontinence anale en institution de personnes âgées.

La prévalence de l'IA en institution de personnes âgées est estimée en fonction des données de la littérature par le Royal College of Physicians à 10% dans les maisons de retraite, 30% dans les maisons de retraite avec section de cure médicale, et à 60% dans les institutions de longs séjours (17). Dans une enquête française réalisée auprès des institutions de Seine Maritime, des Alpes Maritime et de l'Essonne, la prévalence de l'IA étudiée pendant une semaine donnée auprès de tous les résidents de ces 3 départements avait montré des chiffres voisins de 10% dans les maisons de retraite, de 43% dans les maisons de retraite avec section de cure médicale, de 60% dans les institutions de longs séjours. L'association des handicaps moteurs et psychiques aggrave le risque d'IA et par exemple 96% des sujets à la fois grabataires et déments avaient une IA (2). A l'opposé, 10% des sujets lucides, 13% des sujets indépendants moteurs, et 3 % des sujets lucides et indépendants moteurs avaient une IA (2). Dans cette population de patients âgés incontinents institutionnalisés 94% souffraient d'une double incontinence urinaire et fécale, et de façon prédominante cette double incontinence était permanente et quotidienne (2). Les deux incontinences étaient d'autant plus fréquentes que les sujets étaient âgés, passant de 23% d'IA avant 70 ans à 41% après 90 ans et de 31% d'IU avant 70 ans à 57% d'IU après 90 ans (2). Les facteurs de risques ont également été étudiés chez 1186 personnes âgées vivant en institution de long séjour (18). Aucune d'entre elles n'avait présenté d'IA pendant les deux mois d'observation précédant leur inclusion (18). Pendant les 10 mois suivant l'inclusion, 20 % des personnes ont développé une IA (18). Chez ces 234 individus, le développement de l'IA n'était pas lié au sexe, mais les facteurs de risque étaient représentés par une IU, une maladie neurologique, une diminution des facultés mentales, et un âge supérieur à 70 ans (18). Cette IA était transitoire chez 145 patients et persistait chez 89 patients. La mortalité au cours des 10 mois d'observation était plus élevée en cas d'IA persistante (26% de décès) qu'en cas d'IA transitoire (10 % de décès)

(18). En résumé chez les personnes âgées en institution, la prévalence de l'IA est très élevée et très souvent associée à une IU, la démence, la réduction de la mobilité et les maladies neurologiques associées (19) sont des facteurs de risque majeurs précipitant probablement vers l'IA des sujets à la continence limite du fait du vieillissement.

Coût des incontinences urinaires et fécales

Le coût des incontinences urinaires et fécales est difficile à préciser en raison d'une part de la difficulté de préciser le nombre des patients incontinents qui peut seulement être estimé à partir de données épidémiologiques rappelées ci-dessus, d'autre part du nombre très faible d'études médico-économiques réalisées avec des critères méthodologiques satisfaisants. De plus, comme cela a été rappelé plus haut, beaucoup de patients incontinents ne sont pas pris en charge et de ce fait le coût des interventions chirurgicales par exemple serait sous estimé si l'on étudiait ce coût à partir du nombre d'interventions pratiquées. Il est enfin difficile de mesurer les différents coûts induits par l'incontinence qui sont de trois types (20) : les coûts directs (par exemple protections, poches collectrices, médicaments, chirurgie, rééducation), les coûts indirects comme les arrêts de travail, estimés à 50 jours par an en cas d'IA majeure (4), et les coûts secondaires à l'incontinence comme les détresses psychologiques ou les conséquences sociales (par exemple institutionnalisation des personnes âgées). L'IU et l'IA peuvent également représenter une comorbidité dont le traitement représente un surcoût pendant les hospitalisations. Par exemple l'IU augmente les dépenses quotidiennes pendant l'hospitalisation et réduit ou retarde le retour à domicile quelque soit la cause de l'hospitalisation (21). Les chiffres qui vont être rapportés ci-dessous doivent donc être considérés en tenant compte de la grande difficulté d'envisager de façon exhaustive les dépenses liées aux deux incontinences.

Les dépenses liées à l'IU estimées à 16,4 billions de dollars aux USA en 1993 (22) ont été réévaluées en 1995 à 26,3 billions de dollars par an chez les sujets âgés de plus de 65 ans (23), dont 16,3 billions de dollars pour les seuls coûts directs (24). Les dépenses sont plus élevées chez les femmes (12,4 billions de dollars) que chez les hommes (3,8 billions de dollars) (24). Les dépenses sont plus importantes pour la prise en charge de l'IU dans la population vivant à domicile (10,8 billions de dollars) que chez les sujets vivant en institution (5,5 billions de dollars) (24). Le coût annuel de l'IU pour les femmes était de 710 millions de livres en 1998 en Australie (25) et estimées en Italie à 1 milliard d'euros pour l'achat de protections et de médicaments (26). En Suède, les dépenses de santé liées à l'incontinence représentent 0,5% du total des dépenses de santé et 0,05% du produit intérieur brut (27). Les coûts de l'IU ont été estimés en France en 1995 (28). Le coût des protections étaient comprises entre 244 et 300 millions d'euros par an dans la population générale, le coût de la prise en charge en institution des personnes âgées incontinentes était de 1,5 milliards d'euros par an, et le surcoût lié à la prise en charge de l'incontinence dans les hôpitaux de court séjour était de 50 millions d'euros par an (28). Les coûts induits par l'IA ont été très peu étudiés (29, 30), et sont probablement en partie inclus dans les dépenses attribuées à l'IU si l'on tient compte de la fréquence d'une double incontinence. Prenant en considération les prévalences des deux incontinences, l'estimation des dépenses liées à l'incontinence dans les quinze états de l'Union Européenne serait de 20 billions d'euros par an seulement en terme de traitement palliatif (29). Très peu de données permettent de comparer les dépenses liées à l'incontinence par rapport à d'autres problèmes de santé publique. En 2003 Birnbaum et al (31) ont montré que, par rapport à des contrôles appariés, les dépenses médicales étaient 3,5 fois plus grandes chez les femmes ayant une pathologie cardio-vasculaire que chez celles n'en ayant pas, 2,5 fois plus grande en cas de diabète, 1,8 fois plus grande en cas d'IU.

Les dépenses liées à la chirurgie et en particulier aux gracyloplasties électrostimulées, aux sphincters artificiels, et aux techniques d'électrostimulation sont difficiles à apprécier. En France les coûts individuels de l'incontinence étaient en 1995 de 150€ par an pour les explorations et les médicaments, 240€ par an pour 20 séances de rééducation, 3350€ pour une personne âgée en institution, et 9000€ pour un sphincter artificiel (28). Les dépenses induites par l'IA du post-partum étaient de 17166 dollars par femme incontinente (32). Si à l'échelon d'un individu les dépenses liées à la prise en charge chirurgicale sont les plus élevées, au niveau des dépenses de santé globale d'un pays la part des dépenses liées à la chirurgie dans la prise en charge des IU et IA est faible par rapport à celles des traitements palliatifs en raison du petit nombre de patients actuellement concernés par rapport au nombre total des sujets incontinents. Un accroissement du nombre de patients traités chirurgicalement augmenterait les dépenses de santé liées à cette ligne budgétaire mais, sous réserve d'études médico-économiques démontrant leur efficacité (33), une telle politique pourrait réduire les dépenses globales liées à l'incontinence en limitant celles en rapport avec les traitements palliatifs et avec les dépenses de blanchisseries. Un raisonnement de ce type est sans doute difficile en France car les différents coûts des dépenses liés à l'incontinence ne sont pas imputés aux mêmes comptes de l'Etat, de telle sorte qu'une stratégie visant à réduire les dépenses globales liées à l'incontinence risque de se heurter à des intérêts opposés selon les ministères. La CNAM pourrait sans doute difficilement accepter d'accroître les dépenses de chirurgie pour réduire d'autres dépenses ne faisant pas partie de son budget.

Filière de soins

La prise en charge d'une IA suppose l'organisation d'une filière de soins capable de répondre à un problème de santé publique qui intéresse un pourcentage élevé de la population, et qui a des conséquences économiques importantes et un retentissement social majeur. Une telle organisation supposerait donc une réflexion associant au

niveau national des spécialistes de santé publique d'une part, les sociétés savantes des différentes spécialités médicales concernées d'autre part. L'objectif se limitera ici à des pistes de réflexion issues de l'expérience des vingt dernières années en Haute Normandie.

Information/Formation

Parmi 3914 patients interrogés dans notre région la même semaine à l'occasion d'une consultation de médecine générale ou de gastroentérologie, 606 déclarent avoir une IA, soit 3,2 % des malades. L'IA n'était connue de leur médecin et/ou de leur gastroentérologue que chez 4 de ces 606 patients. Ce résultat qui date d'il y a 12 ans (2) confirmé depuis lors par d'autres publications françaises ou étrangères montre bien la nécessité d'informer les professionnels de santé sur la prévalence de l'IA. Cette information suppose d'être associée à une formation initiale qui, comme au Etats Unis constitue une part minuscule du curriculum initial des gastroentérologues et chirurgiens digestifs en formation (30). Pour les praticiens installés des recommandations établies à l'intention de gastroentérologues et chirurgiens digestifs ont été publiées à l'instigation de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (34)

Prévention

Les professionnels de santé devraient assurer la prévention de l'IA d'une part, la prise en charge de l'IA d'autre part. Concernant la prévention deux types d'actions devraient être à envisager visant d'une part à informer la population, d'autre part à prévenir dans la mesure du possible la survenue d'une IA. Les informations relatives à l'IA pourraient être associées à celles fournies aux femmes à propos de l'IU en particulier dans le post partum et à la ménopause. Aucune prévention n'est instituée chez l'Homme. Elle pourrait être envisagée vers 50 ans, en même temps qu'est instituée par exemple la surveillance prostatique. Les chirurgiens digestifs sont également concernés non seulement par la prise en charge de l'IA mais également par sa prévention (11). En effet, la chirurgie proctologique, les colectomies, et la chirurgie carcinologiques sont des facteurs de risque d'IA (11). A titre d'exemple la sphinctérotomie pour fissure anale et hémorroïdectomie est actuellement discutée en raison du risque bien établi d'IA induite par ce geste.

Prise en charge

La prise en charge de l'IA déclarée suppose de connaître les solutions thérapeutiques requises en fonction du mécanisme causal. Seule une étude de cohorte permettrait de répondre à cette question. Notre expérience locale concerne 321 patients vus entre 1995 et 1999. Hormis 3 patients traités par colostomie, la prise en charge a été faite chez 50% de ces malades par le traitement médical d'un trouble du transit associé, chez 25 % par une rectopexie, chez 25% par une chirurgie visant à rétablir une compétence sphinctérienne (sphincterroraphie, sphincter articifiel, neuromodulation). Au vu de cette expérience, nous tentons de mettre en route une filière de soins qui comporterait :

a- des centres de soins primaires de proximité où interviendraient pour le diagnostic et le traitement médical les médecins généralistes, les gastroentérologues, les kinésithérapeutes.

b- des centres de soins secondaires où pourraient être réalisées les explorations courantes et la chirurgie conventionnelle.

c- des centres de soins tertiaires qui assureraient les explorations spécialisées et la chirurgie non conventionnelle.

En Haute Normandie, les centres de soins secondaires existent dans deux secteurs sanitaires sur quatre seulement. Leur développement se heurte à un problème de démographie médicale. L'offre de soins insuffisante impose de satisfaire d'abord les patients dont le pronostic vital est en cause. La création d'un poste de praticien hospitalier à temps partagé entre le Centre hospitalier Universitaire de Rouen, les Centres Hospitaliers de Dieppe et d'Evreux a été décidée par l' Agence Nationale D'hospitalisation. Mais les collègues des hôpitaux généraux, en particulier à Dieppe, ont fait remarquer le "luxe" d'un tel poste quand ils n'arrivent pas à satisfaire les demandes de prise ne charge des patients cancéreux ou cirrhotiques par exemple. Au plan chirurgical, le nombre utile de centres secondaires n'a pas été établi. Ce nombre devrait être établi en fonction des données épidémiologiques, des durées de formation des chirurgiens à la prise en charge de l'IA et à l'apprentissage des techniques opératoires, du nombre d'actes annuels à faire pour conserver un niveau d'expertise. Ces notions théoriques sont à confronter à la disponibilité des collègues chirurgiens pour accroître encore leur charge de travail. La discussion avec certains d'entre eux indique bien qu'il ne leur serait pas possible de dépasser une activité anecdoctique concernant l'IA par rapport à la cancérologie qui reste bien sur une priorité. Parallèlement à ces difficultés de démographie médicale, la prise en charge de l'IA doit conduire à une réflexion à propos de l'organisation de la chirurgie du périnée. Bien souvent en effet la prise en charge chirurgicale se situe à la frontière des chirurgies digestives, urinaires et gynécologiques. Faudra-t-il un jour réfléchir à une chirurgie périnéologique?

Références

1. Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. Gastroenterology, 1992; 102(3):895-901.
2. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, Leroi AM, Perrigot M, Weber J. [Prevalence of anal incontinence in adults]. Gastroenterol Clin Biol, 1992; 16(4): 344-50.
3. Longstreth, G.F., Bowel patterns and anxiety. Demographic factors. J Clin Gastroenterol, 1993; 17(2):128-32.
4. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, Janssens J, Funch-Jensen P, Corazziari E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci, 1993; 38(9): 1569-80.
5. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. Jama, 1995; 274(7): 559-61.
6. Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. Am J Gastroenterol, 1996; 91(1): 33-6.
7. Giebel GD, Lefering R, Troidl H, Blochl H. Prevalence of fecal incontinence: what can be expected? Int J Colorectal Dis, 1998; 13(2):73-7.
8. Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors; an underdiagnosed problem in the Australian community? Med J Aust, 2002; 176(2): 54-7.
9. Perry S, Shaw C, McGrother C, Matthews RJ, Assassa RP, Dallosso H, Williams K, Brittain KR, Azam U, Clarke M, Jagger C, Mayne C, Castleden CM; Leicestershire MRC Incontinence Study Team. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. Gut, 2002; 50(4): 480-4.
10. Chen GD, Hu SW, Chen YC, Lin TL, Lin LY. Prevalence and correlations of anal incontinence and constipation in Taiwanese women. Neurourol Urodyn, 2003; 22(7): 664-9.
11. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. Gastroenterology, 2004; 126(1 Suppl 2): S3-7.
12. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med, 1993; 329(26): 1905-11.
13. Ryhammer AM, Bek KM, Laurberg S. Multiple vaginal deliveries increase the risk of permanent incontinence of flatus urine in normal premenopausal women. Dis Colon Rectum, 1995; 38 (11):1206-9.
14. Sultan AH, Kamm MA. Faecal incontinence after childbirth. Br J Obstet Gynaecol, 1997; 104(9): 979-82.
15. Kamm MA. Obstetric damage and faecal incontinence. Lancet, 1994; 344(8924): 730-3.
16. Ismael SS, Amarenco G, Bayle B, Kerdraon J. Postpartum lumbosacral plexopathy limited to autonomic and perineal manifestations: clinical and electrophysiological study of 19 patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2000; 68(6): 771-3.
17. RCP, Incontinence. Causes, management and provision of services. A Working Party of the Royal College of Physicians. J R Coll Physicians Lond, 1995; 29(4): 272-4.
18. Chassagne P, Landrin I, Neveu C, Czernichow P, Bouaniche M, Doucet J, Denis P, Bercoff E. Fecal incontinence in the institutionalized elderly: incidence, risk factors, and prognosis. Am J Med, 1999; 106(2): 185-90.
19. Schnelle JF, Leung FW. Urinary and fecal incontinence in nursing homes. Gastroenterology, 2004: 126(1 Suppl 2): S41-7.
20. Moore KH. The costs of urinary incontinence. Med J Aust, 2001; 174(9): 436-7.
21. Green JP, Smoker I, Ho MT, Moore KH. Urinary incontinence in subacute care--a retrospective analysis of clinical outcomes and costs. Med J Aust, 2003; 178(11): 550-3.
22. AHCPR. Managing acute and chronic urinary incontinence. AHCPR Urinary Incontinence in Adults Guideline Update Panel. Am Fam Physician, 1996; 54(5): 1661-72.
23. AHRQ. Managing acute and chronic urinary incontinence. U.S. Department of Health and human services. J Am Acad Nurse Pract, 1996; 8(8): 390-403.
24. Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. Obstet Gynecol, 2001. 98(3): p. 398-406.
25. Doran CM, Chiarelli P, Cockburn J. Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women. Med J Aust, 2001; 174(9): 456-8.
26. Tediosi F, Parazzini F, Bortolotti A, Garattini L. The cost of urinary incontinence in Italian women. A cross-sectional study. Gruppo di Studio Incontinenza. Pharmacoeconomics, 2000; 17(1): 71-6.
27. Samuelsson E, Mansson L, Milsom I. Incontinence aids in Sweden: users and costs. BJU Int, 2001; 88(9): 893-8.
28. ANDEM, Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale: évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte. 1995.
29. Delvaux M. Digestive health in the elderly: faecal incontinence in adults. Aliment Pharmacol Ther, 2003; 18 Suppl 3:84-9.
30. Miner PB Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. Gastroenterology, 2004; 126(1 Suppl 2): S8-S13.
31. Birnbaum H, Leong S, Kabra A. Lifetime medical costs for women: cardiovascular disease, diabetes, and stress urinary incontinence. Womens Health Issues, 2003; 13(6): 204-13.
32. Mellgren A, Jensen LL, Zetterstrom JP, Wong WD, Hofmeister JH, Lowry AC. Long-term cost of fecal incontinence secondary to obstetric injuries. Dis Colon Rectum, 1999; 42(7):857-65; discussion 865-7.
33. Malouf AJ, Chambers MG, Kamm MA. Clinical and economic evaluation of surgical treatments for faecal incontinence. Br J Surg, 2001; 88(8):1029-36.
34. Lehur PA, Leroi AM [Anal incontinence in adults. Guidelines for clinical practice. National French Gastroenterology Society]. Gastroenterol Clin Biol, 2000; 24(3): 299-314.