

Injections et irrigations dans les troubles anorectaux du neurologique

Dr Frédérique LE BRETON

Service de Neuro-Urologie et d'Explorations Périnéales.

GRC 01 GREEN /Sorbonne Université

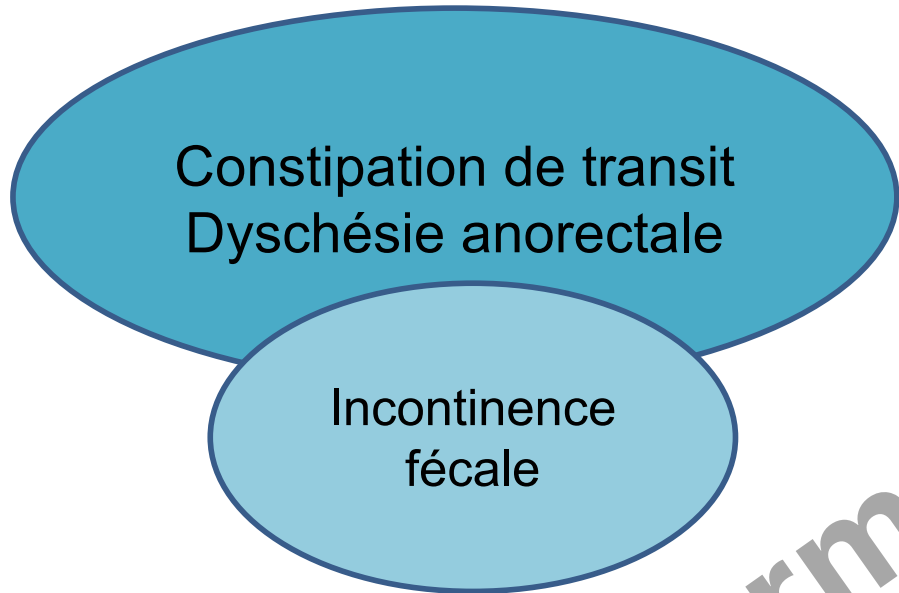
Hôpital Tenon, AP-HP,

frederique.lebreton@aphp.fr

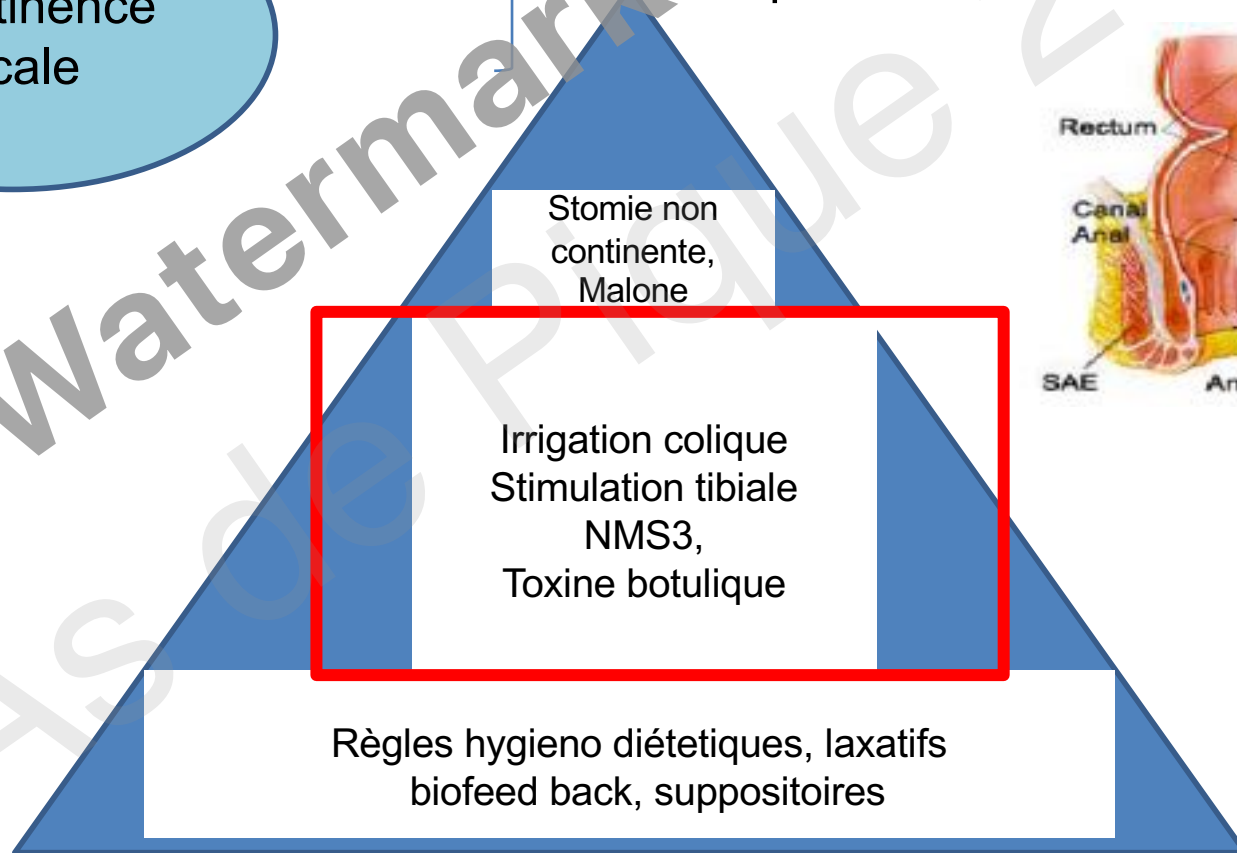
31 Janvier 2019




Troubles anorectaux neurologiques



Fréquence des troubles > 80%
Pas de risque vital
Impact QDV



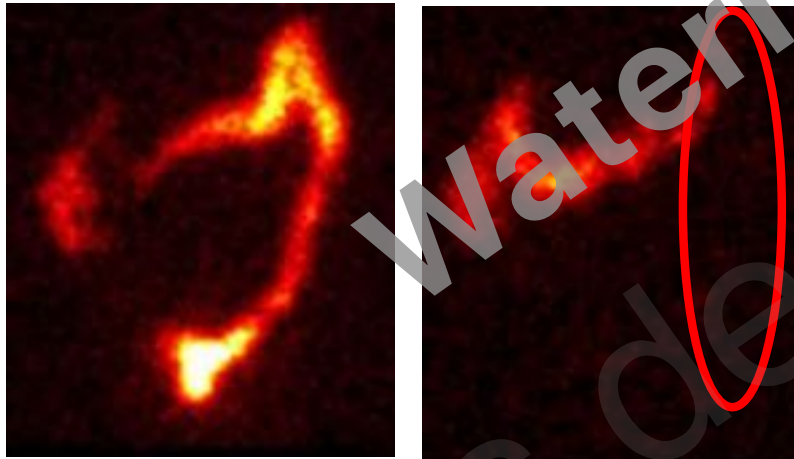
Irrigations coliques transanales (peristeen)

	Résultats	CI/Effets secondaires
Constipation Dyschésie	↓ temps d'exonération (47min versus 71min) ↓ fréquence selles ↓ HRA, malaises ↓ ttt médicamenteux	Perforation 0,002% Contre-Indications absolues : <ul style="list-style-type: none"> • sténose anale ou rectale • cancer colo-rectal • chirurgie récente anale ou colo-rectale ≤ 3 mois • diverticulite aiguë • colite ischémique • ablation polype ≤ 4 semaines • MICI active (maladie infl. chronique de l'Intestin) Contre-Indications relatives : <ul style="list-style-type: none"> • diverticulose sévère • ATCD chirurgie anale ou colo-rectale • ATCD radiothérapie pelvienne • Fécalome • Douleurs anales (fissure, hémorroïdes) • HRA sévère • Anticoagulants • Corticothérapie long cours
Incontinence	Diminution IF 40 à 70%	
	↓ infections urinaires Amélioration QDV 50% 20% Abandon 1 ^{er} mois (pb technique)	

Niveau de preuve 1

Irrigation colique transanale (Peristeen)

Avant irrigation Après irrigation



[Fourtassi. Interêt des irrigations transanales dans la gestion des troubles intestinaux et anorectaux chez le blessés médullaires . Pr Urologie. 2012)
(Christensen A randomized. controlled trial of transanal irriqation vs conservative bowel manacement in SCI patients. Gastroenteroloav 2003)

Neurostimulation électrique et magnétique

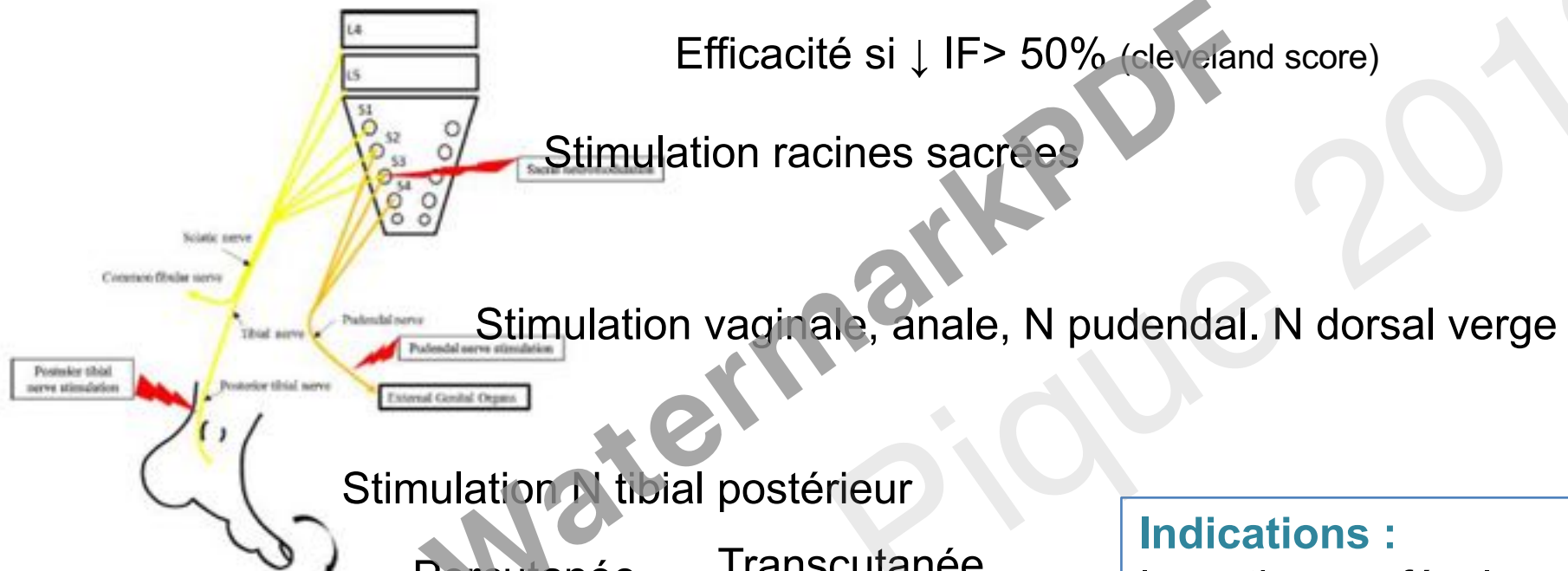
	Résultats	CI/Effets secondaires
Constipation Dyschesie	<p>Stimulation abdominale : Action sur temps transit Frequence selle, Temps défécation (korsten 2004)</p> <p>Stimulation magnétique : (BM, MPI) ↓ temps de transit</p>	Pas d'ES
Incontinence Ugences défécatoires	<p>Stimulation tibiale post Résultats controversés 2RCT TTNS = Sham</p> <p>FP - : dyschesie AR FP+ : patho neuro</p>	Pas d'ES
<p>Stimulation Tibial post : Recommandation 2012 SNFCP : après echec RP</p>		

Paris 2011, Eur j phys rehabil med management if neurogenic bowel dysfunction

Similis 2018 Int J Colorectal dis, Horrocks 2017 clin gastroenterol hepatol, Sanagapalli 2018, Marti 2017 Int J colorectal disease

Neurostimulation Nerf tibial postérieur

Principe physiologique: L'activation d'une voie de conduction nerveuse stimule ou inhibe (module) la conduction nerveuse dans une autre voie (Fall 1991)



Indications :
Incontinence fécale

Pas d'effets secondaires

Neuromodulation racines sacrées

	Résultats	CI/Effets secondaires
Constipation Dyschesie	Pas de changement fréquence selles, temps de transit	
Incontinence	<p>80% amélioration IF</p> <p>(Leroi 2005) N=34 On/off 1 mois Amélioration significative période On. ↓ IF ($p < 0,005$) Amélioration QDV ($p < 0.05$)</p> <p>(Harald 2001) NMS > PTNS</p> <ul style="list-style-type: none"> - fréquence IF/sem ($p < 0,01$ Wexner score) - sur QDV et depression (FIQL) 	<p>Limite :</p> <p>Cout élevé</p> <p>Equipe spécialisée</p> <p>Invasif</p>
<p>Recommandation forte (qualité d'évidence modérée) après échec ttt conservateur</p> <p>(ACC guidelines fecal incontinence)</p>		

Neuromodulation racines sacrées

Période test 2 à 3 semaines



Evaluation

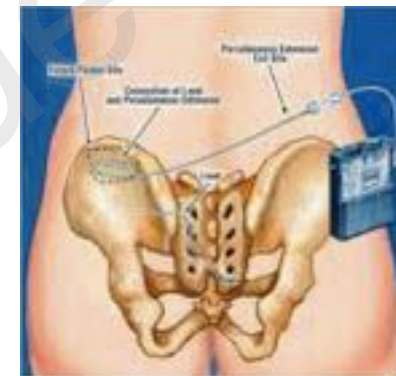
Catalogue de selles, NBD, Bristol
↓ IF, Urgences défécatoires > 50%



Implantation
Interstim II



Racines S3



Indications :
Incontinence fécale

Injection toxine botulique

faisceau puborectal/ sphincter anal externe

	Résultats	CI/Effets secondaires
Constipation Dyschesie	Clinique Dyschesie anorectale (MPI) 50% Amélioration (Wexner) Cicatrisation fissure >50 cas	Risque IF 30% (SA)
	Manométrie AR Test expulsion ballonnet + 74% cas	
Incontinence fécale	Pas d'indication	

Traitement des fissures anales : recommandation forte (faible qualité d'évidence)

(ACC guidelines fecal incontinence Wald 2014)

Injection toxine botulique



Faisceau puborectal
Sphincter anal

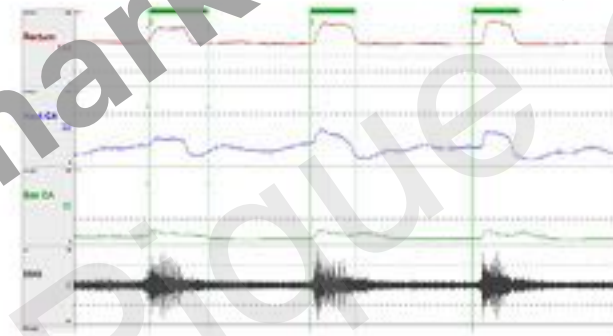
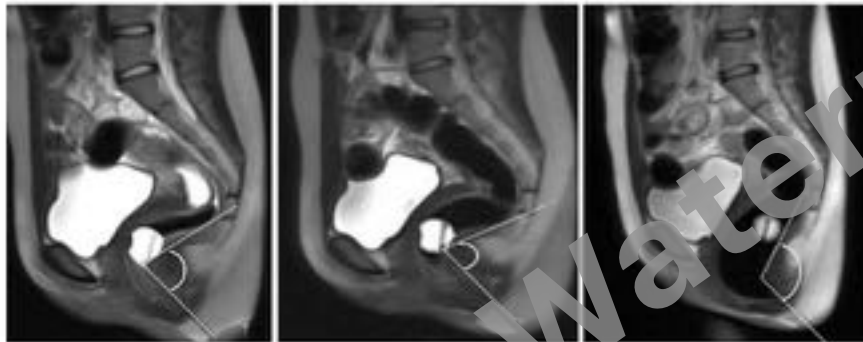
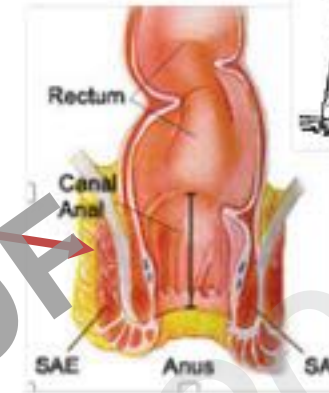


Fig. 6. Normal variations of the Anorectal Angle (ARA): ARA at rest, during squeezing and straining at dynamic MRS, in correlation with pubo-rectal muscle's activity.

Modalités d'injection

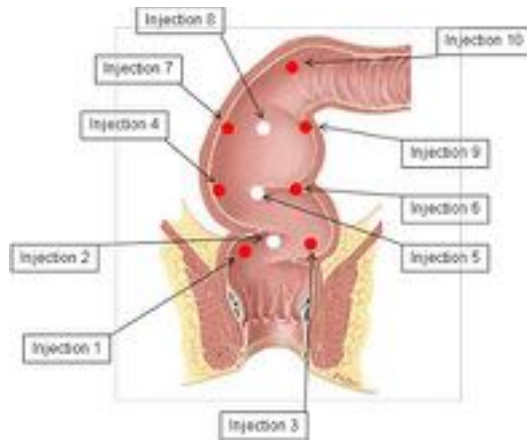
Comment	repérage échographique, EMG
Où	Faisceau puborectal, SAE, 3h, 9h +/-6h
Quantité	5 à 100 U Botox/ 10 à 150U Dysport

(Ebinger 2017 Gastroenterol, Altomare 2001)

Injection toxine botulique intrarectale

	Résultats	CI
Constipation Dyschesie	Pas de données	
Incontinence fécale active	<p>Patients neurologiques Chirurgie colorectale (reservoir natif)</p> <p><i>Bridoux 2011 Colorectal di,</i> N=6 BTA 500 UDysport ↓ IF score (p=0,04) 6 mois ↓ ampl contraction rectale, Pas de modif frequence</p> <p><i>Goucerol 2016 Endoscopy</i> N=26 (17 rectum natif, 9 neo réservoir), 70% Amélioration score sévérité 1 mois Amélioration QDV ¾ domaines FIQL 12 patients reinjectés</p>	<p>Lésion SA Prolapsus, MAR IF passive CI TBA</p> <p>Peu d'effets secondaires</p>

Injection toxine botulique intrarectale



Hyperactivité rectale (> 50 cm d'H₂O)

↓
Incontinence fécale sévère
> 1 fuite ou urgences/sem,

Pas de lésion sphinctérienne

Injection TBA sous muqueux IR

1cm au dessus de la ligne pectinée

10 points 50 U (500 U dysport/ 100U Botox)



PHRC multicentrique en cours 200U Botox/ placebo....

Take Home Message

Nouvelles approches thérapeutiques mini invasives

Privilégier traitement conservateur ++



Merci de votre attention