

## Anal Incontinence in the elderly



Dr Nicolas Peloponissios Chirurgie viscérale / UICPF  
Dr Steve aellen, Chirurgie viscérale / UICPF  
Dr Philippe Hiroz, Chirurgie viscérale / UICPF  
Patrick Cuypers, Physiothérapeute / UICPF  
Nathalie Mangin, Stomathérapeute  
Dr Paul Wiesel, Gastroentérologie / UICPF

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UICPF, PMU

1

---

---

---

---

---

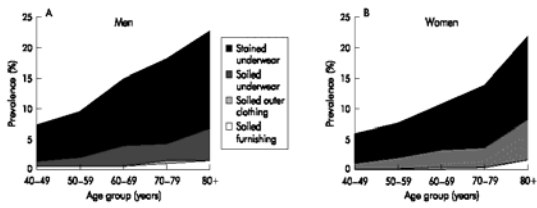
---

---

---

## Anal Incontinence

Postal questionnaire 10'116 adults



Perry S. Gut 2002;50:480

Paul Wiesel, médecin associé, Service de Gastroentérologie et d'Hépatologie CHUV / UICPF, PMU

2

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

- 10% des femmes après accouchement par voie basse
- 1.2 – 1.6 fois plus les femmes que les hommes
- 7% des plus de 65 ans
- 10-30% des personnes vivant dans les homes
- 5 - 15% de la population générale adulte
- environ 1% d'incontinence fécale sévère

Paul Wiesel, médecin associé, Service de Gastroentérologie et d'Hépatologie CHUV / UICPF, PMU

3

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

- <1% des patients se plaignent spontanément à leur médecin d'incontinence anale
- Impact important sur la qualité de vie
- 2ème cause de placement en home en Europe
- Annuellement environ 400 Millions \$ aux USA, 56 Millions £ en UK et 10'000\$ au Canada par patient institutionnalisé sont dépensés

Lahr C.J. Pract Gastroenterol 1988; 12: 27 - Borrie M.J. et al. CMAJ 1992; 147: 322

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UICPF, PMU

4

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

- Impact social dévastateur
  - Conduit à l'isolement
  - Dépression / trouble cognitif chez la personne âgée

Lahr C.J. Pract Gastroenterol 1988; 12: 27 - Borrie M.J. et al. CMAJ 1992; 147: 322

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UICPF, PMU

5

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### 1. Définitions

- ◆ Incontinence fécale : incapacité de retenir les selles et d'exonérer à temps au bon endroit
- ◆ Urgences (*stress or active*) : incapacité de différer le passage des selles ou des flatulences pour plus de 15 minutes
- ◆ Incontinence passive: perte de selles non voulue ou non reconnue (liquide ou solide) en quantité et fréquence suffisantes pendant au moins un mois et constituant un problème social ou de santé
  - Aucune notion de fréquence ou de quantité

Paul Wiesel, médecin associé, Service de Gastroentérologie et d'Hépatologie CHUV / UICPF, PMU

6

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

Incontinence Anale : Journal Quotidien	2 - 4 semaines
Nombre d'évacuations volontaires	.....
Nombre d'évacuations accidentelles	.....
Capacité à retenir les selles en minutes	.....
Incontinence pour les gaz	NON OUI, * ...
Incontinence pour les selles liquides	NON OUI, * ...
Incontinence pour les selles solides	NON OUI, * ...
Prise de médicaments constipants	NON OUI
Port d'une protection hygiénique	NON OUI, * ...
Altération de la qualité de vie (liée à l'incontinence)	NON OUI, * ...
Difficulté pour aller à selles, pour évacuer	NON OUI, * ...

\* Gravité: 1 (faible), 2 (modérée) ou 3 (sévère)

7

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### 3. Cause de l'incontinence

- A. Traumatique
- B. Neurogène
- C. Médicamenteuse
- D. Trouble du transit
- E. Pathologie sous-jacente (prolapsus, tumeur,...)
- F. Idiopathique

*Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU*

8

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### Lésion périnéale lors de l'accouchement par voie basse

◆ La présence de lésions de l'appareil sphinctérien est reportée chez 30% des Femmes après la première grossesse

Mais

◆ Il n'y a d'évidence clinique d'incontinence que chez 13% des femmes dans les 6 semaines après l'accouchement, et 2% dans les 2 ans qui suivent

◆ Décompensation à l'âge avancé de lésions préexistantes mais sub-cliniques ou cachées

*Surgery of the anus, rectum and colon*

*Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU*

9

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### Incontinence neurogène et neuropathie d'étrement

➤ La constipation ou les problèmes d'évacuation difficile des selles résultent en des efforts répétés et une descente périnéale appelée 'neuropathie d'étrement' "

➤ Elle est donc souvent l'aboutissement d'une longue histoire de constipation

Surgery of the anus, rectum and colon; 2<sup>nd</sup> Womack 1986

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

10

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence in the elderly

### 4. Type of incontinence

➤ "Incontinence fécale de la personne âgée"

■ C'est une des conséquences les plus déplaisantes de l'altération des capacités mentale et physique

■ La prévalence de l'incontinence fécale en institution gériatrique est d'environ 10-20%

■ On distingue principalement deux groupes:

➤ Trouble associé du transit (Impaction / diarrhée)  
(Polypharmacie-abus de laxatifs-déshydratation)

➤ Neuropathie (surtout diabétique / d'étrement)

Surgery of the anus, rectum and colon

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

11

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence in the elderly

➤ "Incontinence fécale de la personne âgée"

■ Facteurs contribuant à l'incontinence:

➤ Altération de l'intégrité musculaire

➤ Une diminution de la sensation rectal et de la compliance

➤ La démence: pas de sensation de distension rectale / pas de sensation du besoins → impaction (fréquent chez les personnes démentes)

Surgery of the anus, rectum and colon

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

12

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence in the elderly

### 4. Type of incontinence

#### ➤ "Incontinence fécale de la personne âgée"

■ Jusqu'à récemment, l'incontinence fécale était considérée comme un problème inévitable dans les institutions gériatriques, le problème principal étant l'ignorance par le corps médical et les institutions des conditions sous-jacentes régissant l'incontinence

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence in the elderly

### 4. Type of incontinence

#### ➤ "Urgence & diarrhée"

- Maladie diverticulaire
- Syndrome de l'intestin irritable
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Médicaments

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence in the elderly

### 7. Traitement de L'incontinence

#### ➤ Il peut être:

- Médical
- Chirurgical

#### ➤ Trouble du transit associé / très important

- Diarrhée
- Constipation

#### ➤ Pathologie associée / très important

- Rectocèle
- Prolapsus

Toujours rechercher

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### 7. Treatment of incontinence

#### 7.A Conservative treatment (50% success)

- 1. Education
- 2. Control of the bowel habit with diet
- 3. Control of the bowel habit with pharmacological agents
- 4. Keeping the rectum empty
- 5. Protection
- 6. Biofeedback and sphincter exercises
- 7. Electrostimulation
- 8. Specific pharmacologic agents acting on the IS

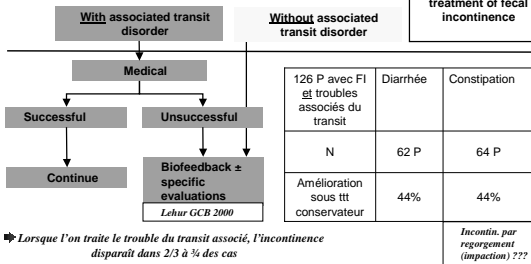
Surgery of the anus, rectum and colon

16

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

## Anal Incontinence

### 7.A Underlying transit disorder treatment



1A-M Leroi (France) EACP/ECCP, Bologna, Italy 2005

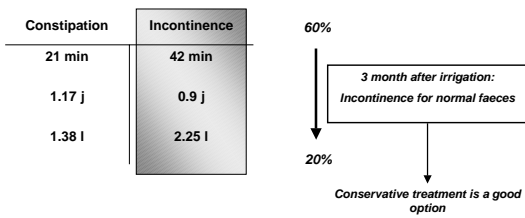
17

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

## Anal Incontinence

### 7.A Keeping the rectum empty

- Irrigation



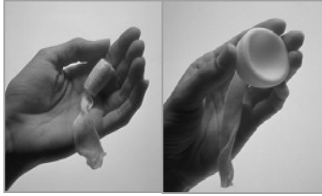
M-P Koch (Netherlands), EACP/ECCP, Bologna, Italy 2005

18

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

## Anal Incontinence

### 7.A Protection



Anal plug

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### 7.A Biofeedback

- Des études non contrôlées suggèrent que le biofeedback n'est pas associé à de meilleurs résultats que le traitement médical
- Aucune étude n'a démontré d'effet secondaire lié au biofeedback

**Because of this, pelvic floor exercise and biofeedback are often recommended as front-line treatments**

*Technique de prise de conscience et d'entraînement du plancher pelvien avec rétrocontrôle (verbal, visuel, auditif)*



---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### 7. Treatment of incontinence

#### 7.B Surgical treatment

1. Anterior & posterior reefing procedures
2. Postanal repair
3. Anterior levatorplasty and external sphincter plication
4. Total pelvic floor repair
5. Sphincter repair

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### 7. Treatment of incontinence

#### 7.B Surgical treatment

- 6. Muscle transposition ( gluteoplasty; Gracilis transposition without or with stimulation )
- 7. Sacral stimulation
- 8. Implantable occlusive device ( Dacron sling; implantable artificial sphincter )
- 9. Injection...
- 10. Diverting stoma

*Surgery of the anus, rectum and colon*

*Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU*

22

---

---

---

---

---

---

---

---

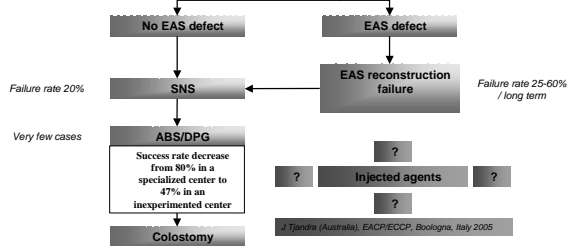
---

---

## Anal Incontinence

### 7.B SNS

#### Proposed algorithm for surgical treatment of fecal incontinence



*XXXXXXXX, EACPECCP, Bologna, Italy 2005*

*Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU*

23

---

---

---

---

---

---

---

---

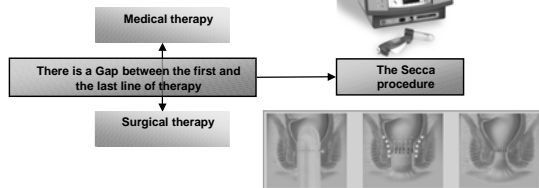
---

---

## Anal Incontinence

### 7.B Secca procedure

Delivery of radiofrequency energy to the anal canal for the treatment of the "FI" (control of temperature/sensor)



*M Coman(USA), EACPECCP, Bologna, Italy 2005*

*Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU*

24

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anal Incontinence

### 7.B SNS

<b>Initial concept</b> Matzel, Lancet 1995	<b>Morphologically intact anatomy</b> Recrutement of function				
<b>Modify concept</b> Vatcey, Gut 1999	<b>Short defect IAS/smooth/degenerating</b> Weak EAS				
<b>Pragmatic concept</b> Utladog, 2004 Altomare 2004 Jarrett 2004 Ganio 2001 Rosen 2001	<b>Résultats actuels de la SNS</b> <table border="1"><tr><td>Amélioration</td><td>90%</td></tr><tr><td>Très bien</td><td>50%</td></tr></table>	Amélioration	90%	Très bien	50%
Amélioration	90%				
Très bien	50%				

K Matzel (Germany), EACR/ECCP, Bologna, Italy 2005

25

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

## Anal Incontinence

### 6. Prevention of incontinence

- Obstetric injuries (*sélection des patientes pour une césarienne/ pas de forceps*)
- Prévenir la neuropathie d'étirement par une prise en charge précoce de la constipation
- Rechercher et traiter les troubles associés du transit (*Impaction fécale...*)
- En parler !

Le traitement ou l'amélioration de l'incontinence est beaucoup plus souvent envisageable que l'on ne pense

Surgery of the anus, rectum and colon; Cook & Mortensen 1998

26

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

## Anal Incontinence

### 6. Prevention of incontinence

- Conseils diététiques
- Une activité physique régulière et le respect d'un horaire ont également une influence sur le transit

Surgery of the anus, rectum and colon; Cook & Mortensen 1998

27

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UCPCF, PMU

## Anal Incontinence

Consultation spécialisée de coloproctologie fonctionnelle

Dr Paul Wiesel, Gastroentérologie / UICPF  
Dr Nicolas Peloponissios, Chirurgie viscérale / UICPF  
Patrick Cuypers, Physiothérapeute / UICPF  
Nathalie Mangin, Stomathérapeute

Vous pouvez nous envoyer vos patients en prenant rendez-vous à l'adresse  
ci-jointe

Colo-proctologie fonctionnelle / Unité interdisciplinaire UICPF / PMU  
Réception-secr: 021 314 47 17 (téléfax 44718)

Dr méd N Peloponissios, chef de clinique, service de chirurgie viscérale, CHUV / UICPF, PMU

28