

Document patients



SEP et troubles ano-rectaux

Pr P. Hauteœur
Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Lille

Dr J-F. Quiton
Gastroentérologie et Hépatologie, Valenciennes

S. Verceleyen
Hôpital C. Huriez, CHU Lille

Pr P. Vermersch
Service de neurologie, Hôpital Salengro, Lille

SEP : Sclérose En Plaques

SEP et troubles ano-rectaux

Le contenu de cette brochure est destiné à donner de l'information générale aux personnes qui sont intéressées par la sclérose en plaques. Il ne peut, en aucun cas, remplacer une consultation avec un professionnel de santé. Si vous avez des questions sur votre état de santé, parlez-en à votre médecin.





GÉNÉRALITÉS

- **Prévalence des troubles ano-rectaux**
- **Définitions et mécanismes**
 - La constipation
 - *La constipation de transit*
 - *La constipation distale*
 - L'incontinence anale
- **Souffrez-vous de troubles ano-rectaux?**

BILAN

- **L'examen clinique**
 - L'examen proctologique
 - Le toucher rectal
- **Examens complémentaires**
 - La coloscopie
 - La manométrie ano-rectale (MAR)
 - L'échographie endo-anale ou écho-endoscopie (EEA)
 - La défécographie
 - La défécographie-IRM
 - Le temps de transit colique par ingestion de marqueurs radio-opaques
 - Les explorations neurophysiologiques

PRISE EN CHARGE

- **Quelques conseils diététiques**
- **Le massage abdominal**
- **L'activité physique**
- **Approche médicamenteuse des troubles ano-rectaux**
 - La constipation
 - L'incontinence fécale
 - L'association constipation et insuffisance sphinctérienne
- **La rééducation**
 - La neuromodulation sacrée
 - La neuromodulation tibiale postérieure
 - Le « biofeedback »
 - L'irrigation transanale
 - Le lavement colique antérograde ou la technique d'irrigation colique de Malone

GLOSSAIRE

Le développement de l'approche multidisciplinaire, notamment au sein des réseaux de santé SEP, a significativement amélioré la qualité de la prise en charge des patients atteints de sclérose en plaques. Au niveau régional, des équipes soignantes pluridisciplinaires ont développé un réel savoir-faire au contact quotidien des patients et de leur entourage.

MULTISEP, prise en charge MULTIdisciplinaire de la SEP, est une initiative, portée par un certain nombre d'experts de la SEP et soutenue par Novartis, dont l'objectif est l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de SEP. MULTISEP réunit des professionnels de santé, membres pour la plupart de réseaux SEP. Ceux-ci réfléchissent ensemble aux thématiques clefs de la prise en charge afin de mutualiser les actions régionales et de les déployer à l'échelon national. Ce partenariat inédit donne lieu à la création de documents thématiques à destination des patients et des professionnels de santé.

Avec MULTISEP, nous souhaitons apporter tout le support logistique et les outils nécessaires aux intervenants de la SEP afin d'offrir aux patients une meilleure prise en charge au cours de leur maladie.

*Bruno Brochet
Pierre Clavelou
Marc Coustans
Marc Debouverie
Michel Dib
Patrick Vermersch*



Quand on évoque les répercussions de la SEP sur le corps, on pense prioritairement aux atteintes des fonctions physiques comme la marche. Il faut pourtant avoir à l'esprit que les fonctions viscérales sont tout autant touchées et que ces atteintes peuvent aboutir au développement de troubles ano-rectaux.

Ces manifestations que sont la constipation et l'incontinence anale sont fréquemment rencontrées dans l'histoire de la maladie. Bien souvent sous-estimées, leur impact sur la qualité de vie et leurs conséquences sociales sont pourtant quant à eux très importants et bien réels.

Aborder de tels problèmes n'est jamais facile, et peut même se révéler insurmontable. Il est pourtant primordial de les évoquer car il existe de nos jours de nombreux moyens pour les diagnostiquer et les prendre en charge de manière efficace dans le seul but d'améliorer la qualité de vie et de retrouver un bien-être et une autonomie quotidienne.



Sep & troubles ano-rectaux

Généralités

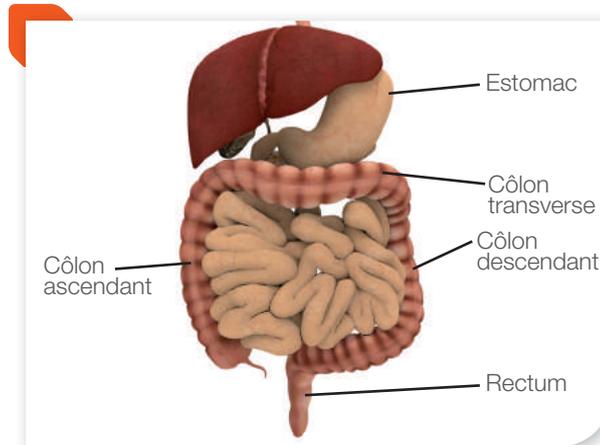
On regroupe sous le terme « troubles ano-rectaux » les désordres du transit qui ont lieu au niveau du côlon, tels que la constipation et l'incontinence fécale.

Il faut savoir qu'ils ne sont pas liés à l'âge, au sexe ou à la durée de l'évolution de la maladie.

Prévalence des troubles ano-rectaux

Ces troubles toucheraient 39 à 66 % des personnes atteintes de sclérose en plaques et auraient des répercussions sur les activités sociales chez 1 personne sur 6.

Incontinence et constipation peuvent être rencontrées séparément mais le plus souvent elles se manifestent en même temps. Elles sont, de plus, fréquemment associées à des troubles urinaires.



Demandez conseil à votre médecin

Définitions et mécanismes

La constipation

La constipation est un trouble digestif correspondant à une insatisfaction à évacuer les selles. On distingue deux types de constipation ; ces deux troubles pouvant être associés :

- la constipation de transit ;
- la constipation distale, également appelée constipation terminale.

La constipation de transit

Elle est due à un volume ou à une hydratation insuffisante des selles ou encore à un défaut de motricité du côlon. Les matières fécales progressent très lentement mais lorsqu'elles parviennent à l'anus, elles sont évacuées de manière satisfaisante.

La constipation distale

La progression des matières fécales s'effectue normalement jusqu'au rectum mais la défécation est difficile.

Le besoin est ressenti mais des efforts de poussée prolongés sont nécessaires. Pour réaliser l'expulsion des selles, des manœuvres avec les doigts peuvent être nécessaires.

Une sensation d'évacuation incomplète peut être le seul symptôme.

La constipation distale peut être due à la trop petite taille des matières fécales ou encore à leur consistance trop dure.

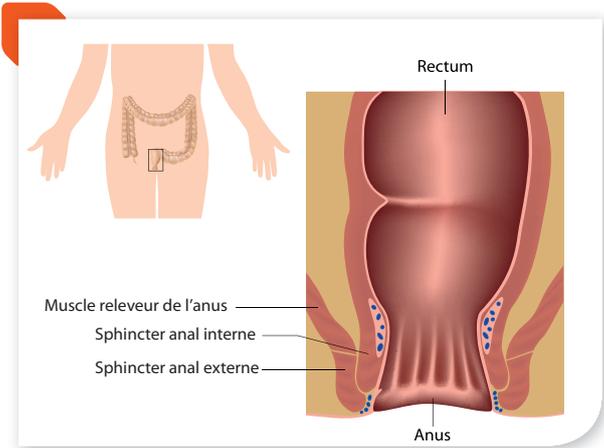


Sep & troubles ano-rectaux

Généralités

Il existe un phénomène appelé « **fausse diarrhée du constipé** » qui correspond à la perte de matières fécales combinant des selles dures de petites tailles et d'autres de consistance liquide. Ce type d'éjection n'élimine pas une constipation surtout si elle suit ou précède une période sans évacuation. Il peut aussi être associé à l'élimination d'un bouchon de selles dures (**fécalome**).

Dans la SEP, le principal mécanisme de constipation distale est la dyssynergie ano-rectale. Il s'agit de l'absence de relaxation du **sphincter** anal (muscles autour de l'anus qui contrôlent la défécation). Sans relâchement de ce muscle, l'expulsion des matières fécales n'est possible qu'avec des efforts importants de poussée.



L'incontinence anale

Elle est définie comme une perte incontrôlée et fréquente de gaz ou de selles, trop liquides ou trop molles pour être correctement retenues. Ce problème peut être dû à une perte de souplesse du rectum. Ce dernier ne supportant plus l'augmentation de pression, il ne peut pas alors assurer son rôle de réservoir. Elle peut être aussi la conséquence d'une altération du **sphincter**, responsable de la fermeture du **rectum**. Ceci peut être consécutif à une déchirure ou comme c'est le cas pour la SEP, d'une atteinte de l'innervation du sphincter.

On parle d'incontinence *active* si le besoin est ressenti comme urgent avec incapacité de retenir les matières fécales. L'incontinence est considérée comme *passive* si les fuites surviennent sans qu'un besoin ne soit préalablement ressenti.

Demandez conseil à votre médecin

Souffrez-vous de troubles ano-rectaux ?

Ces quelques questions simples peuvent vous aider à identifier d'éventuels problèmes et à aborder la question avec votre médecin.

Tendance constipation

- Devez-vous réaliser d'importants efforts de poussée pour évacuer les selles?
- Éprouvez-vous une sensation d'obstacle anal?
- Avez-vous la perception d'une évacuation complète?
- Avez-vous recours à certaines manœuvres telles que l'introduction d'un doigt dans l'anus ou dans le vagin pour faciliter l'évacuation?

Tendance incontinence fécale

- Quelle est la consistance de vos selles?
- Ressentez-vous un besoin avant les fuites?
- Avez-vous identifié des circonstances particulières à la survenue des fuites?
- Ces problèmes ont-ils des retentissements sur votre vie professionnelle ou privée?

L'incontinence et la constipation sont des troubles fréquemment associés. Ils peuvent se dissimuler l'un l'autre ou s'équilibrer.

Par exemple, un traitement laxatif prescrit pour une constipation peut décompenser une incontinence anale discrète. De même qu'il peut exister des manifestations de fuites malgré un fonctionnement normal de l'anus si la constipation est liée à une accumulation de selles dans le rectum (incontinence fécale dite « à rectum plein »).

À SAVOIR

La SEP peut être responsable de diarrhées ou de constipation, mais il existe d'autres causes. De nombreux médicaments peuvent provoquer ce type de troubles ano-rectaux.



L'examen clinique

Toute consultation commence par un examen général avant d'être centrée sur la région anale.

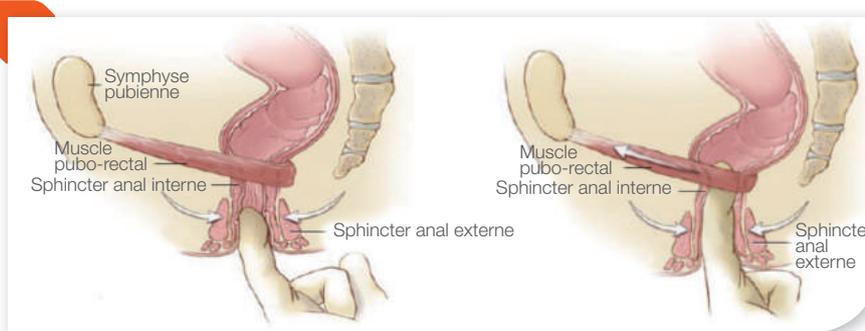
L'examen proctologique

Il est effectué en position couchée sur le dos (décubitus dorsal) ou couchée sur le côté (décubitus latéral). L'anus et le **périnée** sont examinés. La zone est étudiée aussi bien au repos qu'en phase active, en poussée forcée pour déceler une éventuelle « descente d'organe » (**prolapsus** génital ou rectal). La sensibilité de cette région peut être testée, au toucher ou à la piquûre, ainsi que certains réflexes explorés par un étirement bref du sphincter anal ou par une pression du clitoris chez la femme ou du gland chez l'homme.

Le toucher rectal

C'est l'examen le plus important par la multitude d'informations qu'il peut fournir.

Le geste est indolore si la personne est bien relâchée et s'il n'existe pas de pathologie douloureuse au niveau du rectum ou de l'anus, telle qu'une fissure anale ou une maladie hémorroïdaire.



Le gant est enduit d'une substance lubrifiante.

L'index est ensuite introduit dans l'anus d'abord superficiellement puis plus profondément.

Cet examen permet d'évaluer :

- la présence de selles abondantes ou dures (**fécalome**) dans le rectum (en principe, en l'absence de besoin, le **rectum** doit être vide) ;
- la capacité de contraction à la demande du **sphincter** anal et des muscles autour. On apprécie la force de la contraction mais aussi le temps pendant lequel elle peut être maintenue. Cette manœuvre peut être répétée plusieurs fois pour chercher s'il existe un épuisement progressif des muscles ;
- la capacité de relâchement musculaire lors de l'effort à la poussée.

Examens complémentaires

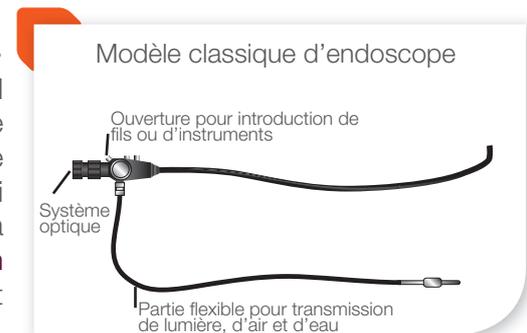
Aucun examen complémentaire n'est systématique. Dans plus de la moitié des cas, l'interrogatoire et l'examen clinique suffisent pour avancer un diagnostic et initier un traitement. Toutefois, d'autres examens peuvent être nécessaires.

La coloscopie

Elle permet d'éliminer une cause (tumeur bénigne ou maligne, **diverticules**...).

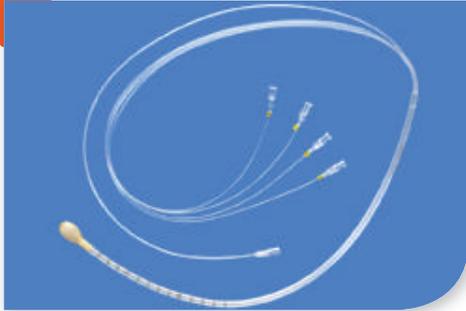
Elle est régulièrement proposée en cas de perturbation du transit intestinal ou d'apparition d'une incontinence anale chez les personnes de plus de 50 ans. Cet examen est fréquemment effectué en cas d'antécédents de tumeur du tube digestif chez un ou des parent(s) au premier degré ainsi que dans le cadre du dépistage systématique du cancer du côlon dans la population générale. L'examen consiste en l'introduction dans le **rectum** d'un appareil souple appelé endoscope. Une préparation spécifique est nécessaire et il est, le plus souvent, réalisé sous anesthésie générale.

Demandez conseil à votre médecin





La manométrie anorectale (MAR)



Cet examen indolore et sans risque, est couramment réalisé dans un bilan de troubles ano-rectaux.

Il permet de mesurer les pressions des **sphincters** au repos et en contraction, leur relâchement en poussée, de tester certains réflexes, d'étudier la sensibilité rectale à la distension et d'évaluer le volume maximal tolérable.

La personne est couchée sur le côté gauche et une sonde est introduite dans le **rectum** sur une longueur de moins de 10 cm. La sonde est munie à son extrémité d'un ballonnet qui va être distendu à des volumes variables pour simuler la présence de selles. La MAR ne nécessite aucune anesthésie et est réalisée le plus souvent sans

aucune préparation. Toutefois, dans certains cas, la situation peut nécessiter l'administration préalable d'un lavement.

L'échographie endo-anale (EEA) ou écho-endoscopie

C'est l'examen de référence pour apprécier l'existence et l'importance d'une déchirure au niveau du **sphincter anal**. Cette rupture peut être due à un accouchement, à une chirurgie anale ou plus rarement à d'autres traumatismes. Elle est donc utile au bilan de certaines incontinences anales mais n'a, en général, pas d'intérêt dans le bilan d'une constipation.

La personne est installée sur le dos ou sur le coté. Après un toucher rectal, l'endoscope est introduit par l'anus sur une longueur maximale de 15 cm.

L'examen est indolore, ne nécessite pas d'anesthésie mais simplement l'administration d'un petit lavement évacuateur préalable.

La défécographie

C'est un bon examen pour préciser le mécanisme d'une difficulté d'évacuation rectale. C'est un moyen dynamique de rechercher des anomalies anatomiques et fonctionnelles anorectales et du plancher périnéal.

Comme son nom l'indique, il s'agit d'un examen radiologique qui a pour but de reproduire la défécation naturelle. Pour cela on injecte dans le **rectum**, un produit opaque aux rayons X et on filme l'évacuation effectuée en position assise. Chez la femme, il est souvent utile d'injecter également un peu de produit de contraste dans le vagin. Il permet de rechercher un **prolapsus** génital. Cet examen est indolore et sans risque. Il est plus « gênant » que les autres explorations précédemment détaillées.

La défécographie-IRM

Cet examen a le même principe que le précédent sauf qu'il est réalisé sous IRM.

Son avantage est qu'il permet d'étudier également les appareils urinaires et gynécologiques. Le principal inconvénient vient du fait que la personne est installée sur le dos, ce qui est moins confortable pour réaliser l'évacuation des selles.



Le temps de transit colique par ingestion de marqueurs radio-opaques

Cet examen permet d'obtenir des informations sur la progression du contenu intestinal au cours du temps. Il consiste en l'ingestion pendant six jours consécutifs, à heure fixe, d'une ou de deux gélules contenant chacune dix marqueurs opaques aux rayons X. Le septième jour, une simple radiographie de l'abdomen, sans préparation, est réalisée en position couchée.

Cet examen facilement réalisable peut toutefois avoir des limites au niveau de son utilité. Il permet néanmoins, dans certains cas d'analyse difficile, d'apprécier la réalité et l'importance d'une constipation, ainsi que le siège du ralentissement du transit.

Les explorations neurophysiologiques

Ces examens peuvent permettre de préciser le siège d'un trouble neurologique en cas de difficulté diagnostique mais en pratique, il est rare de devoir y recourir.

Une de ces méthodes est l'électromyographie (EMG) anale. Cet examen nécessite la pose d'une électrode (aiguille) dans le **sphincter** ce qui en fait un examen potentiellement douloureux.

Dans la prise en charge de ces troubles, la première étape est d'apporter quelques modifications dans le style de vie en suivant quelques conseils diététiques et en intégrant une activité physique à la vie quotidienne.

Quelques conseils diététiques

- Consommer une quantité suffisante d'eau (1,5/2 litres par jour) en particulier pendant les repas. L'eau est nécessaire à la formation des selles et à leur cheminement le long du tube digestif.
- Adopter un régime riche en fibres qui augmentent la fréquence des selles et améliorent leur consistance. Une consommation quotidienne de 25 g de fibres est nécessaire pour un bon fonctionnement du transit.
- Présentez-vous aux toilettes systématiquement au même moment de la journée (une demi-heure à une heure après le repas), que vous ayez ou non envie pour que cela devienne un réflexe.

À SAVOIR

Pour varier un peu le goût et faciliter son ingestion, alternez entre votre eau habituelle et une eau riche en magnésium.



Sep & troubles ano-rectaux

Prise en charge

Le matin

Il est conseillé de prendre à jeun, selon votre préférence :

- 1 verre d'eau
- 1 verre de jus de fruits frais
- des pruneaux cuits, en compote ou en jus
- du miel
- des flocons d'avoine ou des céréales riches en fibres.

Les repas et collations

Il est recommandé d'augmenter la consommation des aliments riches en fibre et/ou ferments :

- Légumes verts cuits ou crus, potages enrichis
- Fruits frais crus, en compote ou en jus
- Certains fruits secs, trempés, tels que les figues ou les pruneaux
- Pain et céréales complets
- Légumes secs (haricots, lentilles, pois...)
- Yaourts (riches en ferments)

Apports supplémentaires en fibres

Il existe de nombreuses spécialités en teneur ajoutée en fibres :

- poudres sans saveur, à dissoudre dans des préparations salées ou sucrées (soupe, purée, laitage, compote...)
- purées de fruits.

Elles sont disponibles en pharmacie.

À SAVOIR

Le magnésium est reconnu comme pouvant avoir des effets bénéfiques sur la constipation.



Si ces différentes recommandations ne suffisent pas à réguler votre transit, n'hésitez pas à en parler à votre médecin généraliste, afin d'y remédier par un traitement médicamenteux adapté.

Demandez conseil à votre médecin



Sep & troubles ano-rectaux

Prise en charge

Le massage abdominal

Cette technique manuelle peut être effectuée plusieurs fois par semaine ou de temps en temps. Il consiste à effectuer des pressions au niveau de l'abdomen en remontant le côlon pour fractionner les selles, puis de réaliser progressivement de façon plus profonde un mouvement circulaire doux, dans le sens descendant du tube digestif pour aider à l'évacuation.

L'objectif est d'avoir une selle moulée par jour.

Cette manœuvre peut se révéler être une aide utile en cas de constipation légère mais a montré des limites en cas de manifestations plus sévères.

À SAVOIR

En cas d'effort physique, pensez à boire plus que les 1,5 litre quotidien recommandés.

L'activité physique

La pratique d'une activité physique n'est pas contre-indiquée. Bien au contraire, elle est même fortement recommandée. L'activité physique, quand elle est possible, est à encourager du fait des bénéfices certains sur le plan physique et sur la qualité de vie, surtout si elle est réalisée régulièrement. Elle doit être pratiquée dans le but d'apporter du plaisir et doit être adaptée à la forme physique. En effet, il est important de respecter la fatigabilité du corps. Les objectifs doivent être clairs, le sport n'étant pas forcément synonyme de performance. En effet, il n'est pas raisonnable de dépasser ses limites et d'aller jusqu'à l'épuisement. La personne atteinte de sclérose en plaques doit pouvoir repérer le seuil au-delà duquel les efforts physiques vont entraîner des conséquences négatives sur son corps.



Un exercice physique ou une activité sportive peuvent vous correspondre à un moment précis selon l'évolution de la maladie et vos attentes. Demandez conseil à votre médecin ou votre kinésithérapeute.

Demandez conseil à votre médecin

Approche médicamenteuse des troubles ano-rectaux

Si malgré les modifications du style de vie et du régime alimentaire, les troubles sont toujours présents, un traitement médicamenteux sera mis en place. En l'absence de cause identifiée ou de traitement possible de la cause, le traitement donné aura pour but de réduire ou d'éliminer les symptômes en régularisant le transit intestinal.

La constipation

Dans un premier temps, les laxatifs doux (ou osmotiques) peuvent être ajoutés aux mesures hygiéno-diététiques.

En cas d'échec, des laxatifs stimulants administrés par voie orale ou rectale peuvent être proposés.

À SAVOIR

Demandez systématiquement conseil à votre pharmacien si vous n'avez pas d'ordonnance et souhaitez un médicament en vente libre.



Sep & troubles ano-rectaux

Prise en charge

L'incontinence fécale

Le traitement repose essentiellement sur une régulation du transit et sur l'obtention de selles régulières avec vidange rectale complète pour prévenir les fuites. Une normalisation de la consistance des selles est recherchée grâce à l'association de règles hygiéno-diététiques et par la prise de laxatifs doux. En cas de besoin, des suppositoires à dégagement gazeux ou des lavements évacuateurs peuvent être ajoutés.

L'incontinence anale est souvent associée à une diarrhée.

Le traitement de cette dernière est nécessaire. L'utilisation d'anti-diarrhéiques permet aussi parfois, à elle seule, d'améliorer ou de faire disparaître une incontinence anale.

L'association constipation et insuffisance sphinctérienne

Dans la SEP, il est possible de devoir faire face en même temps à une constipation et à une insuffisance sphinctérienne qui est un manque d'efficacité des muscles au niveau de l'anus.

Quand ces deux manifestations coexistent, l'incompétence sphinctérienne peut être alors équilibrée par la constipation.

Dans cette situation, le traitement de la constipation ne peut être fait par des laxatifs qui révéleraient l'incontinence, ni par des lavements qui ne pourraient être efficaces, n'étant pas retenus suffisamment longtemps.

D'autres modalités thérapeutiques doivent alors être envisagées comme l'irrigation transanale (voir page 23).

À SAVOIR

Demandez systématiquement conseil à votre pharmacien si vous n'avez pas d'ordonnance et souhaitez un médicament en vente libre.

La rééducation

La neuromodulation sacrée

Il s'agit d'une technique pouvant être utilisée en cas d'incontinence fécale, à condition que l'anus soit encore fonctionnel. L'objectif est de diminuer l'activité contractile du **rectum** ainsi que sa distension, tout en facilitant l'ouverture de l'anus.

Le principe repose sur la stimulation électrique des racines sacrées (au niveau du sacrum). Elle est réalisée par l'intermédiaire d'une électrode placée sous la peau, elle-même reliée à un neuromodulateur externe.

Ces conditions spécifiques impliquent que la mise en place définitive de ce dispositif se fasse en plusieurs étapes. La première est une phase de test d'une durée de 15 jours qui permet d'observer les résultats au niveau de la contraction de l'anus. Si le test est concluant, le boîtier de stimulation externe est remplacé par un stimulateur implantable placé en général dans la partie haute externe de la fesse. Cette technique a prouvé son efficacité chez les personnes sensibles à ce type de stimulation.

La neurostimulation tibiale postérieure

Cette technique est aussi une alternative thérapeutique potentielle à l'incontinence fécale. Elle possède les mêmes objectifs et principe que la précédente à savoir la stimulation des racines sacrées mais en activant le nerf tibial. Les deux électrodes de surface sont placées sur le trajet du nerf et sont connectées à un stimulateur externe. La simplicité de réalisation, sans anesthésie et sans complication ainsi que son faible coût rendent cette technique attractive. Cette variante pourrait également constituer un test simple avant d'envisager la neuromodulation des racines sacrées.



Sep & troubles ano-rectaux

Prise en charge

Le « biofeedback »

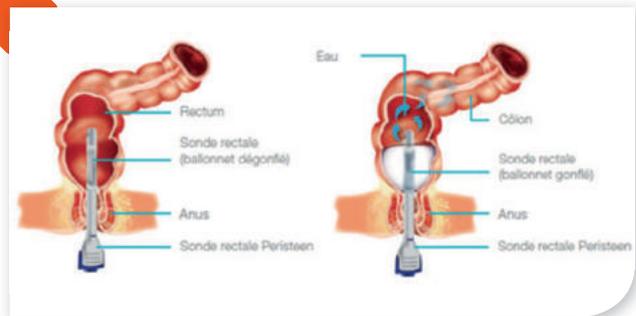
Pour obtenir l'expulsion des matières fécales, il est nécessaire qu'il y est une bonne coordination entre la contraction des muscles abdominaux et la relaxation des muscles du **plancher pelvien** et du canal anal. Si la constipation est due à un dysfonctionnement à ce niveau, le « biofeedback » peut être une solution. Cette technique consiste à réapprendre à synchroniser ces deux actions pour obtenir une défécation efficace.

L'irrigation transanale

Le dispositif d'irrigation transanale est un système d'irrigation colique conçu pour être utilisé de manière autonome. Il permet de rétablir un transit régulier et prévisible chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation chronique, d'origine neurologique.

Il permet à la personne de décider du moment et du lieu de la vidange fécale, ce qui lui permet ainsi de maîtriser à nouveau le transit.

L'évacuation est déclenchée par l'introduction d'eau tiède dans le côlon à l'aide d'une sonde rectale. L'eau est ensuite évacuée directement dans les toilettes avec l'ensemble des matières fécales contenues dans le côlon. Une éducation est nécessaire pour une utilisation optimale. Utilisé tous les 2 ou 3 jours, ce système offre la possibilité aux utilisateurs de mieux gérer leur quotidien.



Demandez conseil à votre médecin



Le lavement colique antérograde ou la technique d'irrigation colique de Malone



Cette méthode est proposée aux malades souffrant de troubles de l'incontinence anale et de constipation.

Elle permet d'effectuer une vidange complète du côlon et d'éviter ainsi les fuites.

L'irrigation est réalisée en introduisant du liquide dans le gros intestin à l'aide d'un tube en plastique (cathéter) inséré dans un orifice créé au niveau de la peau.

La manipulation est exécutée tous les 1 à 2 jours et dure de 30 minutes à une heure.

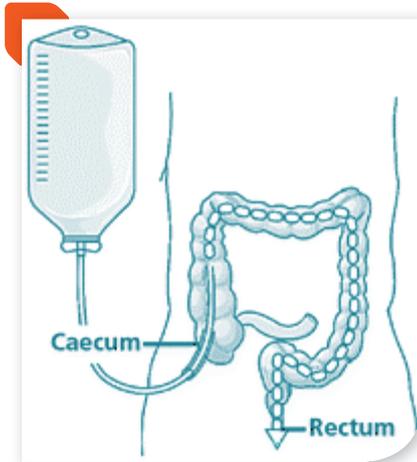
Le liquide injecté est généralement de l'eau pure mais il peut être conseillé d'ajouter dans le lavement une cuillère à café de sel de table par litre d'eau. L'eau seule peut provoquer des maux de tête et de la fatigue.

Cette technique nécessite une période d'adaptation. En effet, durant les premières semaines post-opératoires, elle peut être responsable d'inconvénients tels que douleurs de type colique ou la fermeture de l'orifice.

Cette procédure n'est proposée qu'à certaines personnes préparées à s'approprier la technique pouvant à terme apporter un certain confort personnel et social.

Sep & troubles ano-rectaux

Prise en charge



La constipation et l'incontinence fécale sont des troubles communément rencontrés chez les personnes atteintes de sclérose en plaques. Il existe de multiples solutions permettant, selon les différents niveaux de sévérité, de palier aux problèmes liés à ces troubles du transit et/ou de la défécation.

Tous les traitements ou techniques qu'ils soient diagnostiques ou thérapeutiques ne sont ni nécessaires ni adaptés à chaque cas.

Il conviendra donc de trouver les alternatives les plus adaptées aux besoins et aux attentes de chacun.

Diverticules : petites excroissances de la taille d'une bille.

Fécalome : amas de matière fécale desséchée et dure qui occupe tout le rectum.

Muscles du plancher pelvien : muscles supportant l'orifice urinaire et l'anus, l'abdomen et le rectum.

Périnée : région comprise entre l'anus et les organes génitaux.

Prolapsus : déplacement anormal d'un ou plusieurs organes.

Rectum : dernière partie du tube digestif.

Sphincter : muscle en forme d'anneau, servant à contrôler certaines ouvertures naturelles (ex : sphincter de l'anus).





prise en charge **multidisciplinaire**
de la **sep**

Pr P. Hautecœur

Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Lille

Dr J-F. Quiton

Gastroentérologie et Hépatologie, Valenciennes

S. Vercléyen

Hôpital C. Huriez, CHU Lille

Pr P. Vermersch

Service de neurologie, Hôpital Salengro, Lille