



INCONTINENCE ANALE UN NOUVEAU TRAITEMENT

Paris Match. A partir de quel degré de handicap une incontinence anale réclame-t-elle une prise en charge médicale ?

Pr Michot. Nous mesurons la sévérité du handicap à l'aide de scores cliniques, mais en pratique une prise en charge est nécessaire quand l'incontinence anale modifie la qualité de vie familiale, sociale ou professionnelle depuis au moins trois mois, ou six mois après un accouchement compliqué.

Quels sont les facteurs de risque et les causes de ce handicap ?

Pr Michot. L'accouchement est une cause majeure, favorisée par les déchirures du périnée ou l'utilisation de forceps responsable de l'étirement de nerfs ou d'une déchirure du sphincter. Les autres causes fréquentes sont neurologiques, par étirement ou paralysie des nerfs du périnée (paraplégie, diabète, sclérose en plaques), ou par blessure du sphincter après chirurgie du rectum pour cancer, ou chirurgie de l'anus pour abcès, fistule anale...

Sa fréquence ?

Pr Michot. Selon les grandes études épidémiologiques, sa survenue au moins une fois par mois affecte 8 à 12 % des populations occidentales. En France, chez les plus de 45 ans, 2 millions de personnes en souffrent dont la moitié de façon quotidienne ou hebdomadaire. Après 65 ans, la fréquence augmente encore, notamment chez les personnes en maison de retraite.

Quels sont les traitements et mesures habituellement mis en œuvre pour en limiter les conséquences ? Avec quelle efficacité ?

Pr Michot. On commence par des mesures hygiéno-diététiques associées à des médicaments. Le chirurgien n'intervient qu'en situation d'échec, chez un tiers des patients environ. La technique qui reste la plus pratiquée est la neuromodulation sacrée : une électrode, reliée à un pacemaker placé sous la peau, est implantée au contact des nerfs qui commandent le sphincter. Mais ce traitement est tout de même astreignant, et inefficace chez 30 % des patients.

Quel est le principe de la thérapie cellulaire et depuis quand y recourt-on ?

Pr Boyer. Les muscles normaux abritent des cellules souches adultes (dites cellules satellites) qui permettent de réparer naturel-

lement les lésions musculaires après claquage ou déchirure. La thérapie cellulaire consiste à isoler ces cellules à partir d'un petit fragment de muscle de moins de 1 gramme que le chirurgien prélève sous anesthésie locale, en ambulatoire, à la cuisse par exemple. Les cellules souches sont multipliées en laboratoire pendant trois semaines. Il faut en recueillir au moins 120 millions : ce sont alors des myoblastes, futures cellules musculaires fonctionnelles. Ces cellules sont autologues, provenant du patient lui-même et non d'un donneur, ce qui évite tout rejet. Après réinjection dans le sphincter abîmé (sous échographie et anesthésie locale), les myoblastes fusionnent et reconstituent un sphincter normal. La première utilisation des myoblastes autologues dans l'incontinence anale date de 2010 avec, pour la majorité des sujets traités, un succès durable.

fusionnent et reconstituent un sphincter normal. La première utilisation des myoblastes autologues dans l'incontinence anale date de 2010 avec, pour la majorité des sujets traités, un succès durable.

En quoi les travaux de votre équipe diffèrent-ils des précédents ?

Pr Boyer. Notre étude chez 24 femmes victimes d'un traumatisme obstétrical est une première mondiale dans le sens où elle a été conduite en aveugle et contre placebo, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant. C'est la méthodologie de référence pour valider une technique de soin.

Quels sont vos résultats ?

Pr Boyer. 60 % de bons résultats à un an (les femmes ne souffrent plus de leur incontinence), qui se maintiennent dans le temps, avec quatre ans de recul pour les patientes les plus anciennes. Même résultat chez les patientes du groupe placebo ayant servi de témoins et auxquelles après un an de suivi la même technique fut appliquée.

Que manque-t-il pour que cette approche se généralise ?

Pr Boyer. Il faut une étude à grande échelle étendue à d'autres équipes françaises, des financements (la région Normandie nous aide en cofinçant un laboratoire avec le CHU) et que ce traitement puisse être remboursé. ■

* Pr Boyer, immunologiste, Pr Michot, chirurgien digestif, CHU et université de Rouen-Normandie, Inserm.



Les
Prs BOYER et MICHOT*
expliquent
l'intérêt de la
thérapie cellulaire
pour traiter ce
handicap.