

Enseignement du module de pédiatrie
5^e année de médecine
Année Universitaire 2022-2023

Constipation - Encoprésie

Pr BOUSTIL A.L.

Maitre de conférences A

Clinique Sainte Thérèse - CHU Annaba

Faculté de médecine - Université Badji Mokhtar Annaba



Introduction - Épidémiologie

- Soit sous-estimée, négligée, insuffisamment pris en charge.
 - ↳ Impact la qualité de vie de l'enfant
- Prévalence \approx région géographique et tranche d'âge
 - Amérique : **10 - 23%**
 - Europe : **0,7 - 12%**
 - Asie : **0,5 - 29,6%**
 - Chez les nourrissons : **0,05 - 39,3%**
 - Pic entre **2 et 4 ans** (apprentissage de la propreté)

Prévalence médiane = 12%

E.I. Levy, R. Lemmens, Y. Vandenplas, T. Devreker. Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatric Health Med Ther.* 2017 Mar 9;8:19-27.








Définition

- La constipation n'est pas une maladie mais un symptôme.
- Même « opiniâtre » et installée depuis longtemps, cet état est transitoire si des mesures thérapeutiques et/ou diététiques simples sont suivies.

Chouraqui JP et al. Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. Progrès en Pédiatrie 2002 ; 233-45.

Définition

- La constipation chez l'enfant peut se définir par :
 - l'émission de **selles dures**

Type 1		petites boules dures e détachées, comme des noi- settes- difficiles à évacuer
Type 2		forme d'une saucisse, dures et grumeleuses.
Type 3		comme une saucisse, avec des craquelures sur la surface
Type 4		comme une saucisse ou un serpent, lisse et douce
Type 5		petits fragments mous, avec des bords nets- néanmoins aisés à évacuer
Type 6		petits fragments, duve- teux aux bords irréguliers, selles détrempées
Type 7		entièrement liquides, aucun fragment solide

Bristol Stool Chart developed by Dr. Ken Heaton
University of Bristol, 1997 Creative Commons license 2.5

Définition

- La constipation chez l'enfant peut se définir par :
 - l'émission de **selles dures** (difficile et douloureuse)

Goulet O et al. Constipation chez l'enfant. MT Pédiatrie 1998 ;1(4) :365-371.

- Le caractère douloureux et difficile de l'exonération est un élément facile à reconnaître (encore faut il que l'enfant l'exprime ou que ses parents s'en aperçoivent).

Définition

- La constipation chez l'enfant peut se définir par :
 - un **délai inhabituel** entre les évacuations, qui varient en fonction de l'âge et du type d'alimentation.

Goulet O et al. Constipation chez l'enfant. MT Pédiatrie 1998 ;1(4) :365-371.

- L'intervalle entre deux selles reste difficile à définir :
 - < 2 selles / jour au sein ;
 - < 3 selles / semaine chez le nourrisson ;
 - < 2 selles / semaine chez l'enfant.

Deborah M. Consolini. Le manuel MSD. Août 2016.

L'enquête étiologique

- **Le début** : Depuis quant ?
- **L'émission du méconium** ? Avant ou au-delà de 48H

Pathologies responsables d'un retard d'évacuation du méconium:

- ◇ Hypothyroïdie congénitale
- ◇ Mucoviscidose
- ◇ Maladie d'Hirschsprung

L'enquête étiologique

- **Les antécédents familiaux**
(Anomalie congénitale de la motilité intestinale)
 - ◇ Maladie d'Hirschsprung
 - ◇ Pseudo-Obstruction Intestinale Chronique
- **Vomissements, Ballonnement** abdominal
- **Selles rubanées** (par rétrécissement du canal anal), **explosives** ou **avec aide**

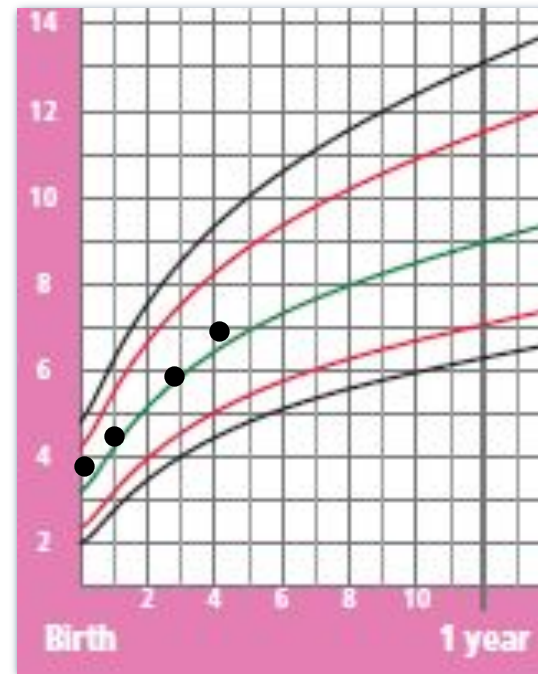
L'enquête étiologique

- Le retentissement nutritionnel ?

Cassure de la courbe

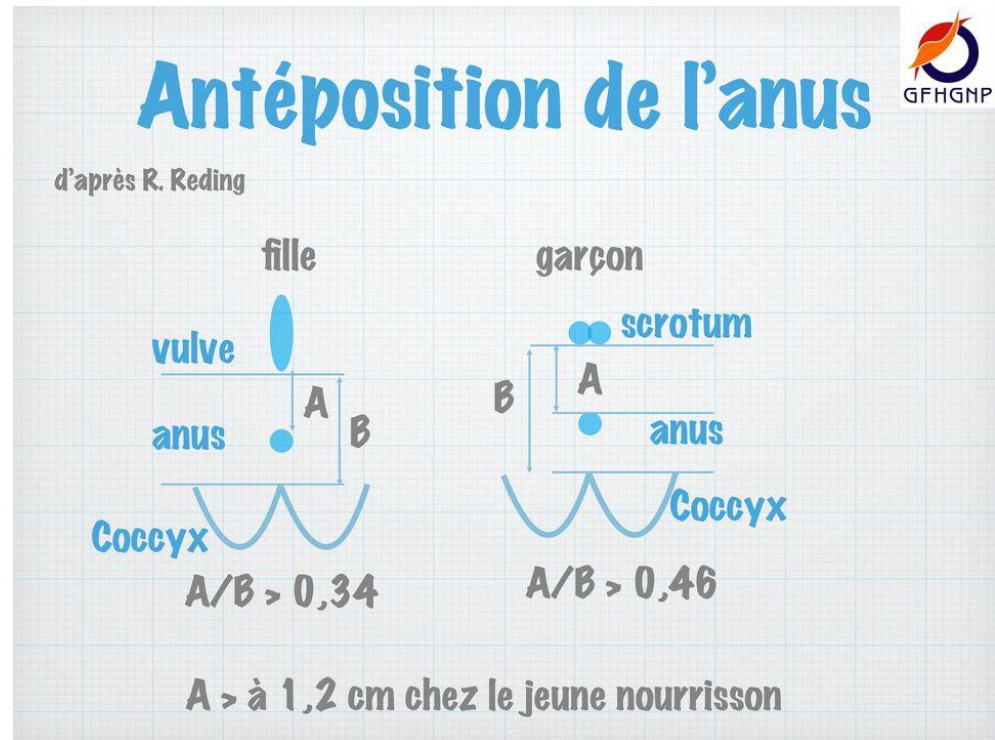
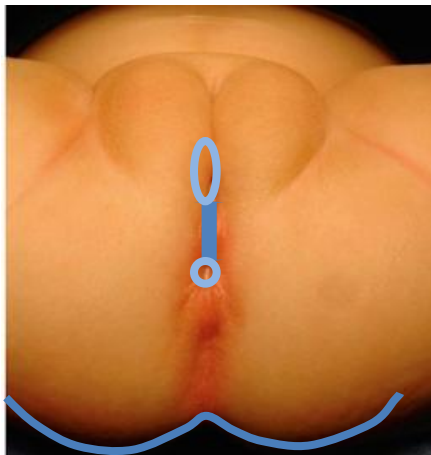
ou

Régularité de la prise pondérale



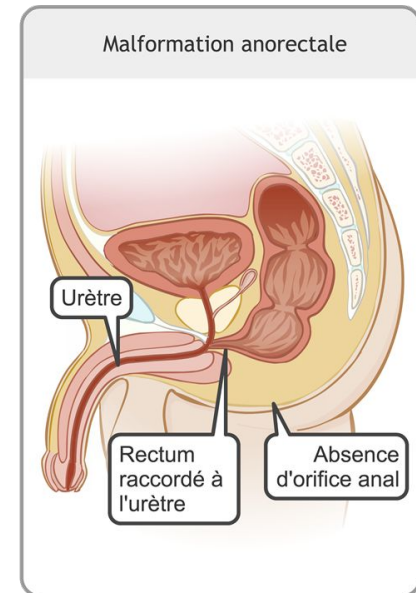
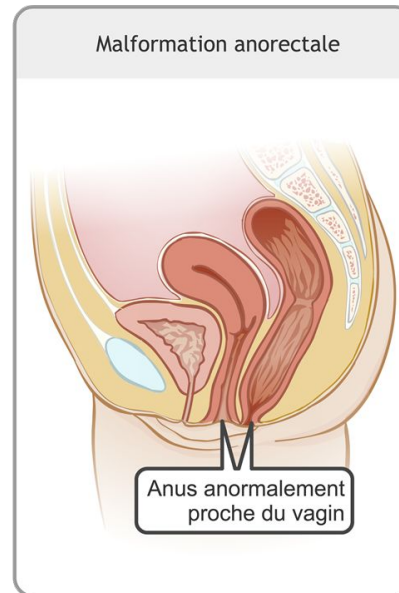
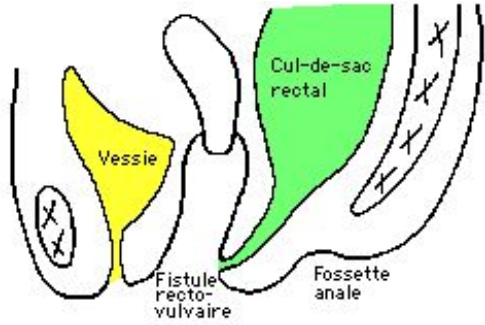
L'enquête étiologique

- L'examen de l'anus (malformation ano-rectale)



L'enquête étiologique

- L'examen de l'anus (malformation ano-rectale)



SickKids / AboutKidsHealth

Photo Dr A. Mosca, Hôpital Robert Debré

L'enquête étiologique

- **L'examen de la colonne vertébrale**

↳ Fossette sacro-coccygienne simple (variante de la normale)

- ∞ Superficielle
- ∞ Borgne
- ∞ Diamètre < 5 mm
- ∞ Situé à moins de 25 mm de l'anus
- ∞ Sans lésion cutanée associée



M. Zanello et al. Quelle conduite devant une fossette sacrée ? Arch Pédiatr Vol 22, Dec 2015, p 1298-1301

L'enquête étiologique

- **L'examen de la colonne vertébrale**

↳ Fossette sacro-coccygienne se méfier si signes cutanés :

Lipome	Hypertrichose / touffe de poils
Hémangiome	Tâche pigmentée
Hamartome	Naevus vasculaire
Neurofibrome	Kyste dermoïde

Echo médullaire < 1 mois
IRM > 1 mois

M. Zanello et al. Quelle conduite devant une fossette sacrée ? Arch Pédiatr Vol 22, Dec 2015, p 1298-1301

L'enquête étiologique

- **L'examen de la colonne vertébrale**

↳ Fossette sacro-coccygienne se méfier si signes cutanés :



D'après V. Forin, Hôpital Trousseau

L'enquête étiologique



- Quel éléments *anamnestiques* et *cliniques* doit on vérifier en premier ?

Signes d'organicité

- Début précoce
- Retard d'émission du méconium > 48H
- Antécédents familiaux d'Hirschsprung ou POIC
- Vomissements, Ballonnement abdominal
- Selles rubanées, explosives ou avec aide
- Retentissement nutritionnel (retard staturo-pondéral)
- Examen de l'anus (malformation ano-rectale)
- Examen de la colonne vertébrale (Dysraphisme spinal)

Constipation au lait maternel



- Transit très variable :
1 selle après chaque tétée (10 x/j) \Leftrightarrow 1 selle / semaine ou /10j
- Le lait de femme ne contient pas de résidus donc totalement absorbé.
- Isolée chez un enfant asymptotique :
 - Pas de vomissement, pas de ballonnement
 - Croissance régulière
 - Examen physique normal
 - Allaité exclusivement
 - Âge > 2 sem. de vie

Les causes organiques

L'Allergie aux Protéines de Lait de Vache

Troubles digestifs au décours de l'introduction du lait artificiel

Constipation et APLV : Résultats discordants !

2 études italiennes :

65 enfants (11-72 mois) ⇒ 68% s'améliorent après éviction des
PLV

Iacono et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children, NEJM 1998

2068 enfants (6 mois-6 ans) dont 3,3% de constipés

⇒ Aucune amélioration sous régime d'éviction

Simeone et al. Prevalence of atopy in children with chronic constipation, Arch Dis Child, 2008



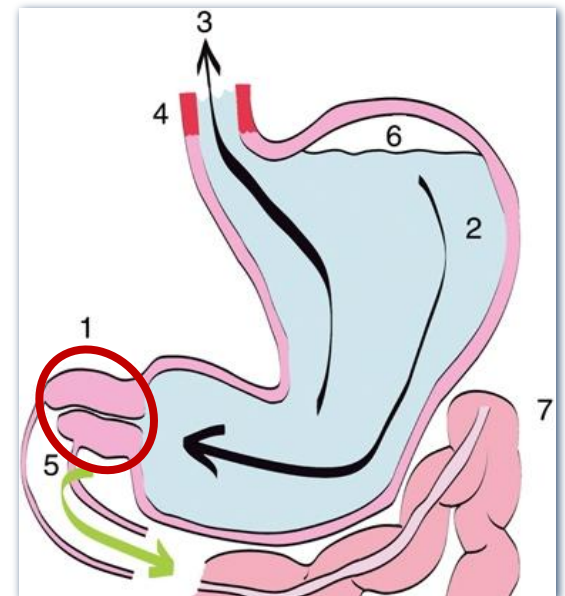
Les causes organiques

La Sténose Hypertrophique du Pylore

- Intervalle libre (3 sem. - 3 mois)
- Faits de lait caillé, jamais bilieux,
- postprandiaux tardifs, faciles, en jet

- Ondes péristaltiques
- Clapotage à jeun
- Olive pylorique

- Diagnostic \Rightarrow échographie
mesurations du pylore \nearrow



Les causes organiques

L'hypothyroïdie congénitale

- Ralentissement statural et du PC à partir du 1er mois
- Chevelure abondante
- Visage infiltré, grossier, nez écrasé, bouche ouverte avec macroglossie
- Cri bref et rauque
- Respiration bruyante, troubles de la déglutition
- Ictère, Peau froide, marbrée, sèche et desquamée
- Abdomen distendu, hernie ombilicale
- Hypotonie, large fontanelle antérieure, RPM
- Hypothermie, prise longue des biberons, dort trop



Les causes organiques

La Mucoviscidose

- L'atteinte digestive se présente plus fréquemment par :
diarrhées / stéatorrhée vs constipation
- Antécédents d'iléus méconial
- Retard staturo-pondéral
- Atteinte pulmonaire : BPCO et infections à répétition

P. J. van der Doef et al. Intestinal Obstruction Syndromes in Cystic Fibrosis: Meconium Ileus, Distal Intestinal Obstruction Syndrome, and Constipation. *Curr Gastroenterol Rep* (2011) 13:265–270

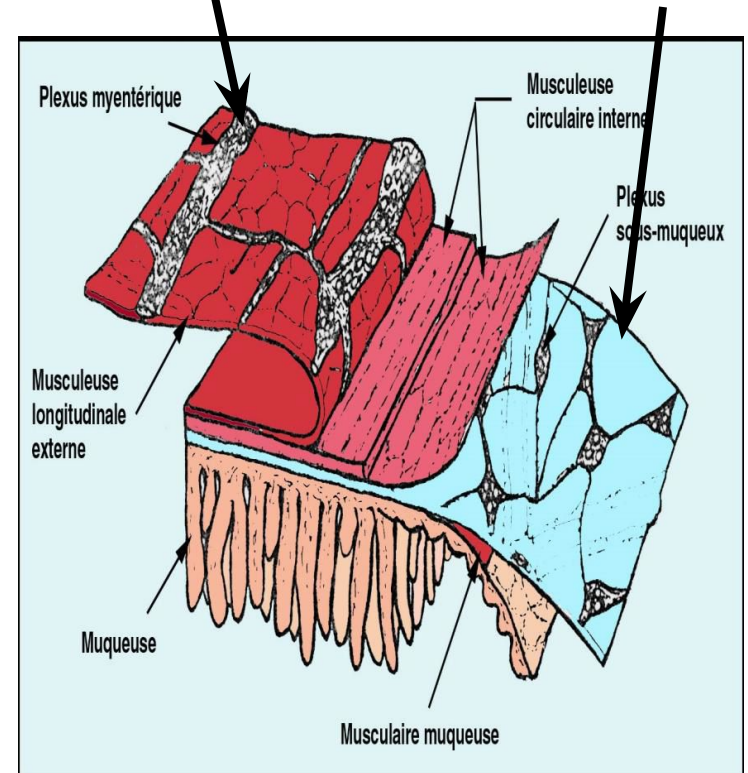
Les causes organiques (chirurgicales)

La Maladie d'Hirschsprung

- Absence (défaut de migration) des cellules ganglionnaires dans les plexus nerveux du colon.
- Défaut de relaxation du sphincter interne.

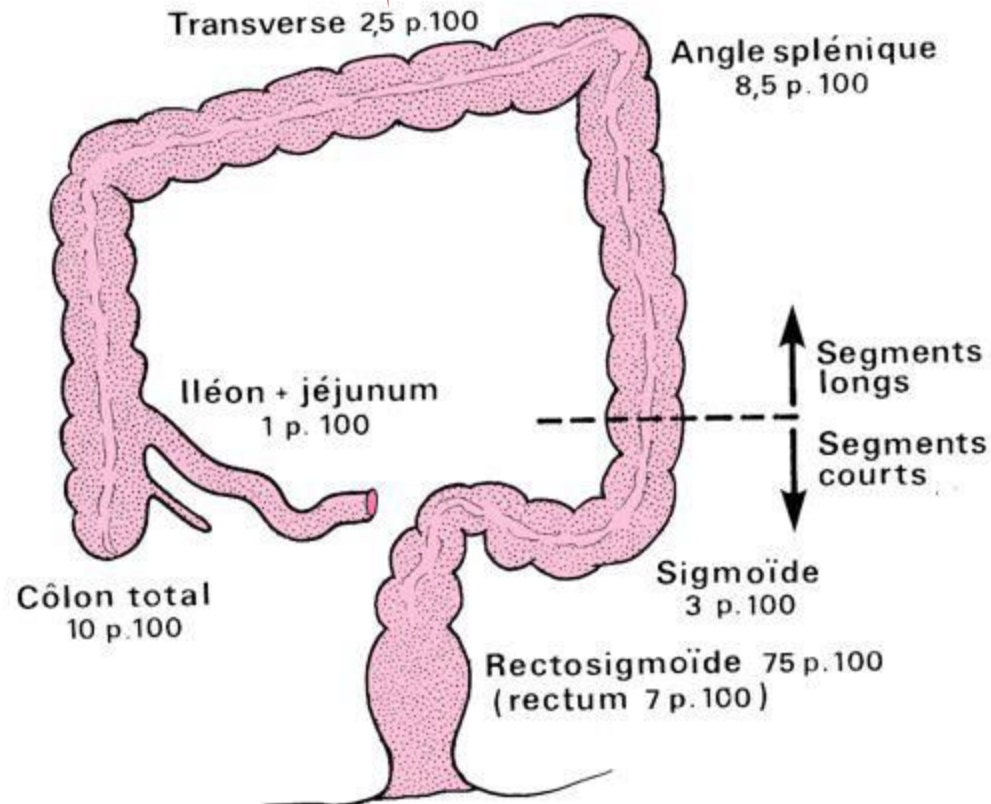
Plexus d'Auerbach

Plexus de Meissner



Les causes organiques (chirurgicales)

La Maladie d'Hirschsprung



Les causes organiques (chirurgicales)

La Maladie d'Hirschsprung

Mode de révélation :

- Dès la période néonat.(retard d'émission du méconium) ;
- Constipation ancienne chez un jeune enfant rebelle aux thérapeutiques entreprises ;
- Ballonnement et parfois une débâcle diarrhéique ;
- Mauvais état nutritionnel (si retard au diagnostic) ;
- TR : rectum vide;
- Épisodes d'entérocolite.

Les causes organiques (chirurgicales)

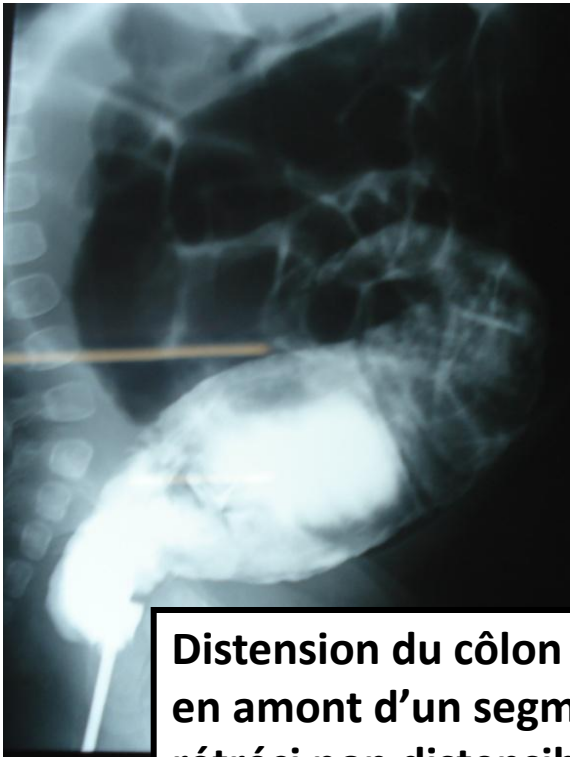
La Maladie d'Hirschsprung



Les causes organiques (chirurgicales)

La Maladie d'Hirschsprung

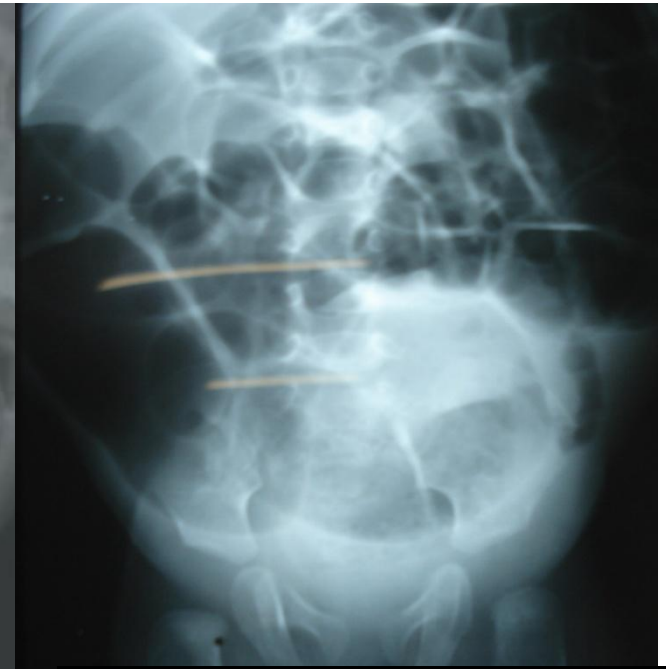
Lavement opaque



**Distension du côlon
en amont d'un segment
rétréci non distensible**



Researchgate.net

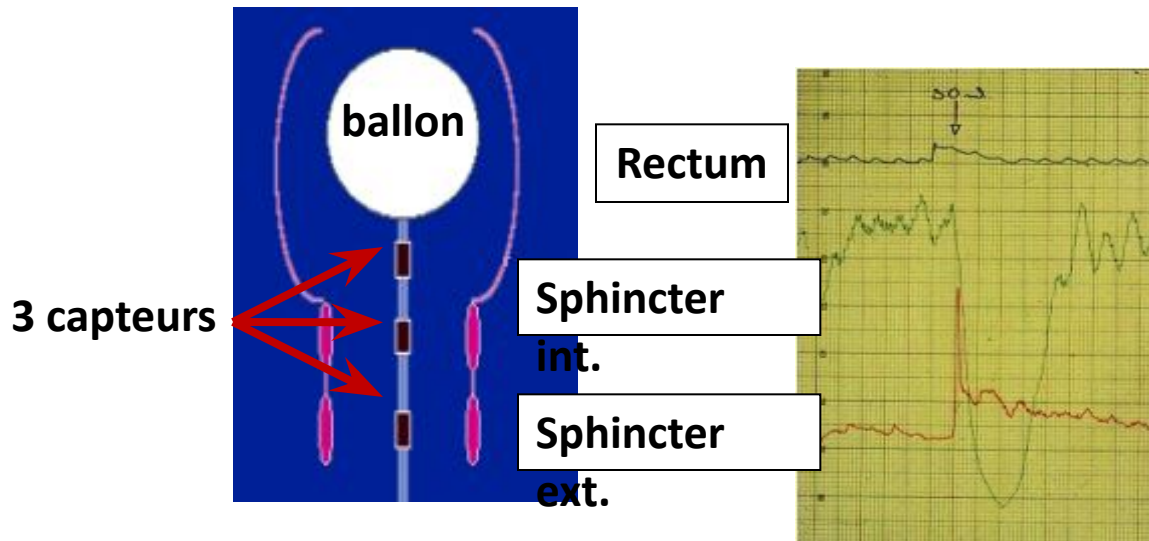


**Distension colique et l'absence
d'air dans le rectum**

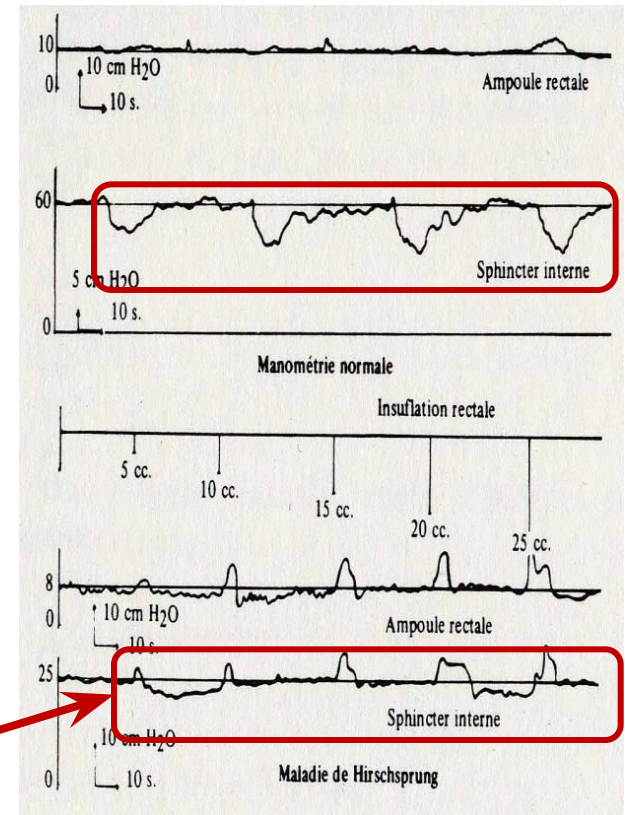
Les causes organiques (chirurgicales)

La Maladie d'Hirschsprung

Manométrie anorectale



absence de reflexe recto-anal inhibiteur
lors de la distension de l'ampoule rectale



Les causes organiques (chirurgicales)

La Maladie d'Hirschsprung

Biopsie rectale à la sonde de Noblett + AnaPath

⇒ Diagnostic de certitude



Photos Dr Mosca, Hôpital Robert Debré



Constipation *fonctionnelle*

et

Encoprésie

Définition de l'encoprésie

- Emission fécale répétée et involontaire de consistance normale ou quasi normale dans des lieux non appropriés, généralement diurne, survenant inopinément, après l'âge habituel d'acquisition de la propreté (≥ 4 ans).

I. Timelli et al., Encoprésie et constipation chez l'enfant : rappel clinique et thérapeutique, Médecine, Volume 9, numéro 4, Avril 2013, p.166-8.

Jeffrey S. Hyams et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/ Adolescent . Gastroenterology. 2006 April ; 130(5): 1527–1537.

- Il ne ressent aucune tension interne annonciatrice de la défécation, ou s'il la pressant, c'est sans pouvoir la maîtriser.

Causes d'encoprésie

- A quoi c'est du ?

- ◇ Maladie organique : mégacôlon ; maladie d'Hirschsprung ; hypothyroïdie ; syndrome neurologique « queue de cheval ».
- ◇ Cause psychologique
- ◇ Encoprésie rétentionnelle / constipation fonctionnelle

- Y-a-t'il des examens à demander ?



Orientation diagnostique

Avant tout une bonne ANAMNÈSE

- Aucun antécédent personnel
- Depuis l'entrée école épisodes de plus en plus fréquents
- En interrogeant les parents (fréquence/ jour / sem., texture des selles) : ils ignorent!
- Iyed répond : pas chaque jour c'est dur et douloureux ... il craint d'y aller à chaque fois
- Refuse d'utiliser les toilettes de l'école
- Quant il est occupé à jouer



Se retient

Orientation diagnostique

Avant tout une bonne ANAMNÈSE

- Ressent l'envie de déféquer par intermittence et quant il y va il se force et émet des petites selles de la taille d'une bille
- Ces derniers mois, sa mère lui met des couches et il a pris l'habitude de faire ses besoins dans la couche plutôt que dans les toilettes
- Pas de traumatisme médullaire
- Alimentation variées riche en fibres
- S'hydrate suffisamment

Orientation diagnostique

Complétée par un bon examen clinique

- Croissance satisfaisante
 - Examen du cou (thyroïde, goitre)
 - Examen cardio-pulmonaire
 - Examen neuro et de la colonne
 - Fécalomes à la palpation abdominale
 - Anus bien positionné
 - TR : tonus normal / doigtier souillé de selles remplissant l'ampoule rectale qui paraît distendue
- Normal
-

Orientation diagnostique

- A priori pas de cause organique

... Ça ne peut être que **FONCTIONNEL** (95% des cas)

Critères de Rome IV

Constipation fonctionnelle

≥ 2 critères (durant au moins 1 mois) :

- 2 selles ou moins / semaine
- 1 incontinence fécale / semaine
- Posture de rétention
- Selles dures ou douloureuses
- Selles volumineuses obstruant les toilettes

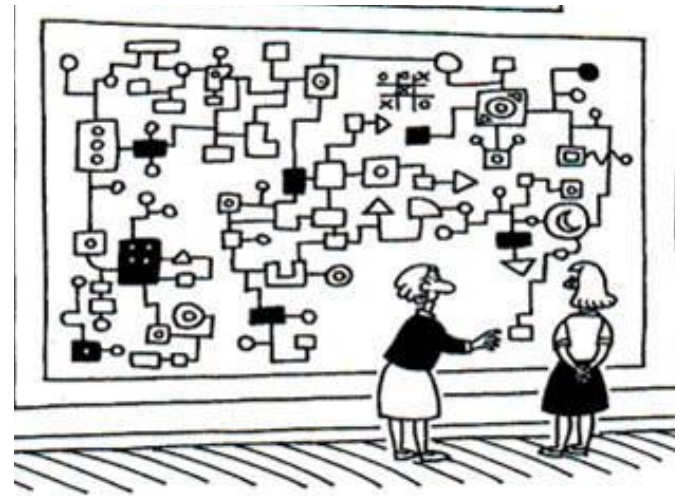
J.S. Hyams, C. Di Lorenzo, M. Saps et al. Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology* 2016.

J. Zeevenhooven, IJ. Koppen, MA. Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2017 Mar;20(1):1-13.



Constipation fonctionnelle

Qu'est ce qui pourrait la favoriser ?

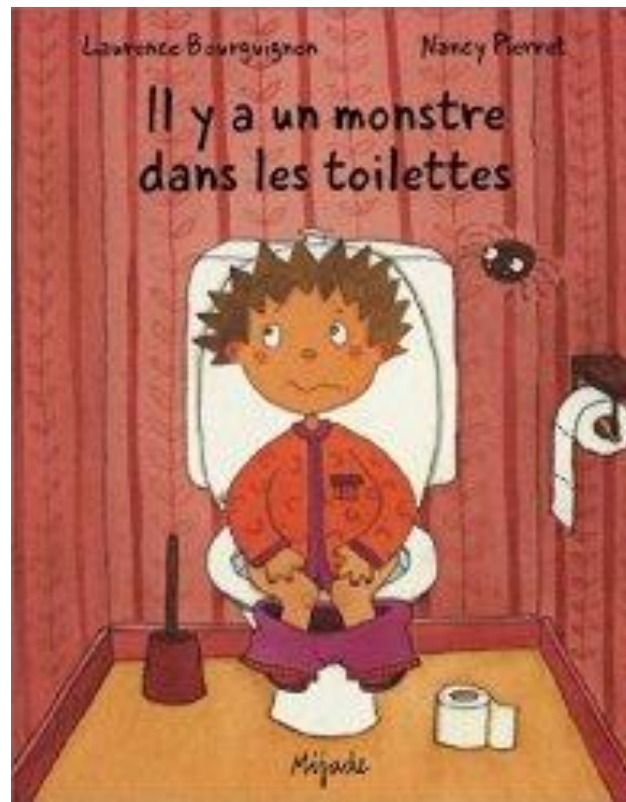


La promiscuité ... La pudeur

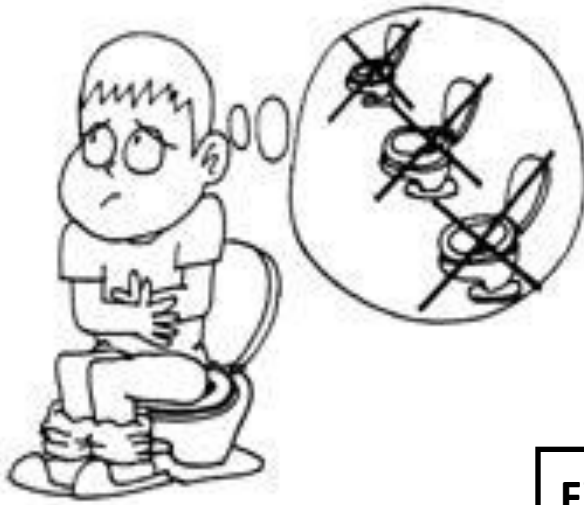


La peur ...

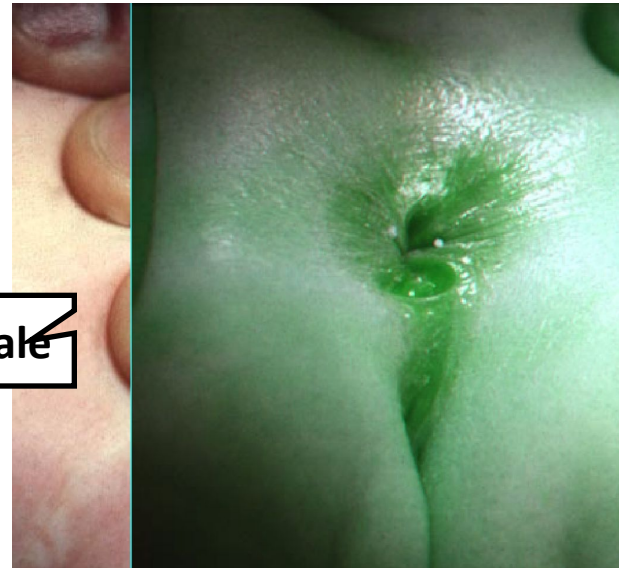
- L'apopathophobie ou phobie de la défécation



La douleur ...



Fissure anale



L'accès au WC



La pression... la force

- Acquisition de la propreté qui ne se passe pas aussi bien !



Constipation fonctionnelle

Comprenons pour pouvoir expliquer!

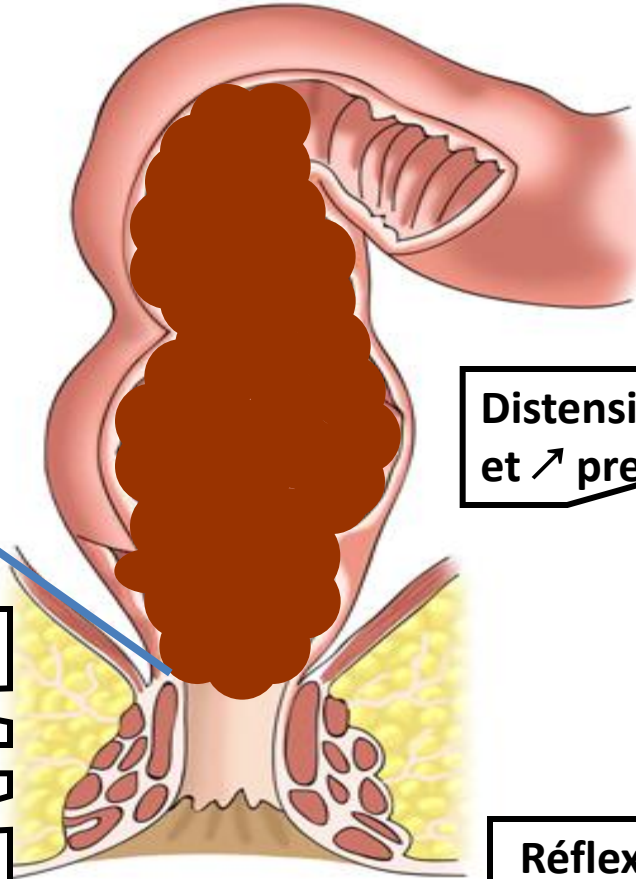
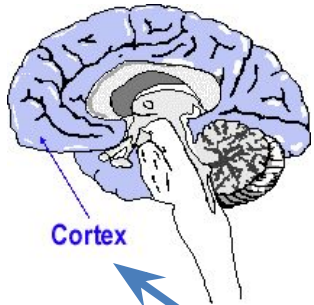
“Si vous ne pouvez pas l'expliquer simplement, c'est que vous n'avez pas assez compris.” Albert Einstein

Bon, ben je n'ai pas
assez compris



Défécation

en situation favorable



Distension des parois rectales
et \nearrow pression intrarectale

Sensation de besoin
(perception de plénitude
rectale)

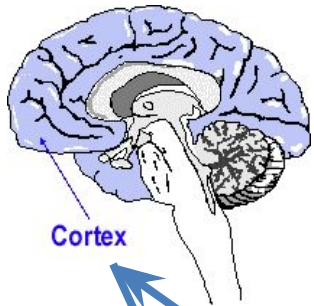
Réflexe rectoanal inhibiteur
 \Rightarrow Relachement du SI

Réflexe rectoanal excitateur
 \Rightarrow Contraction reflexe du
SE

P
O
U
S
s
é
e
a
b
d
o
m
i
n
a
l
e

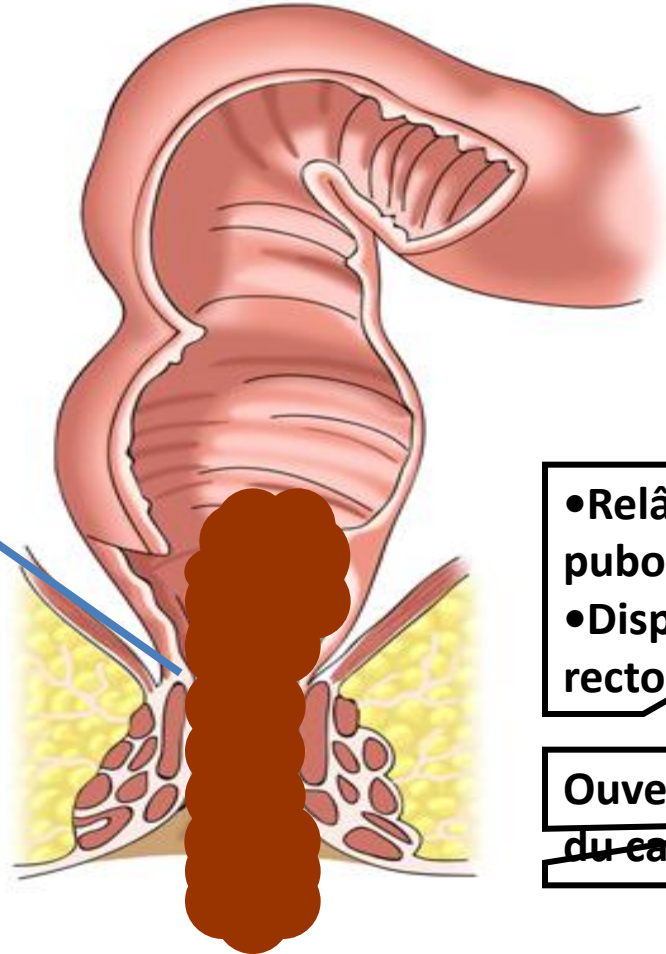
Défécation

en situation favorable



+

Évacuation autorisée

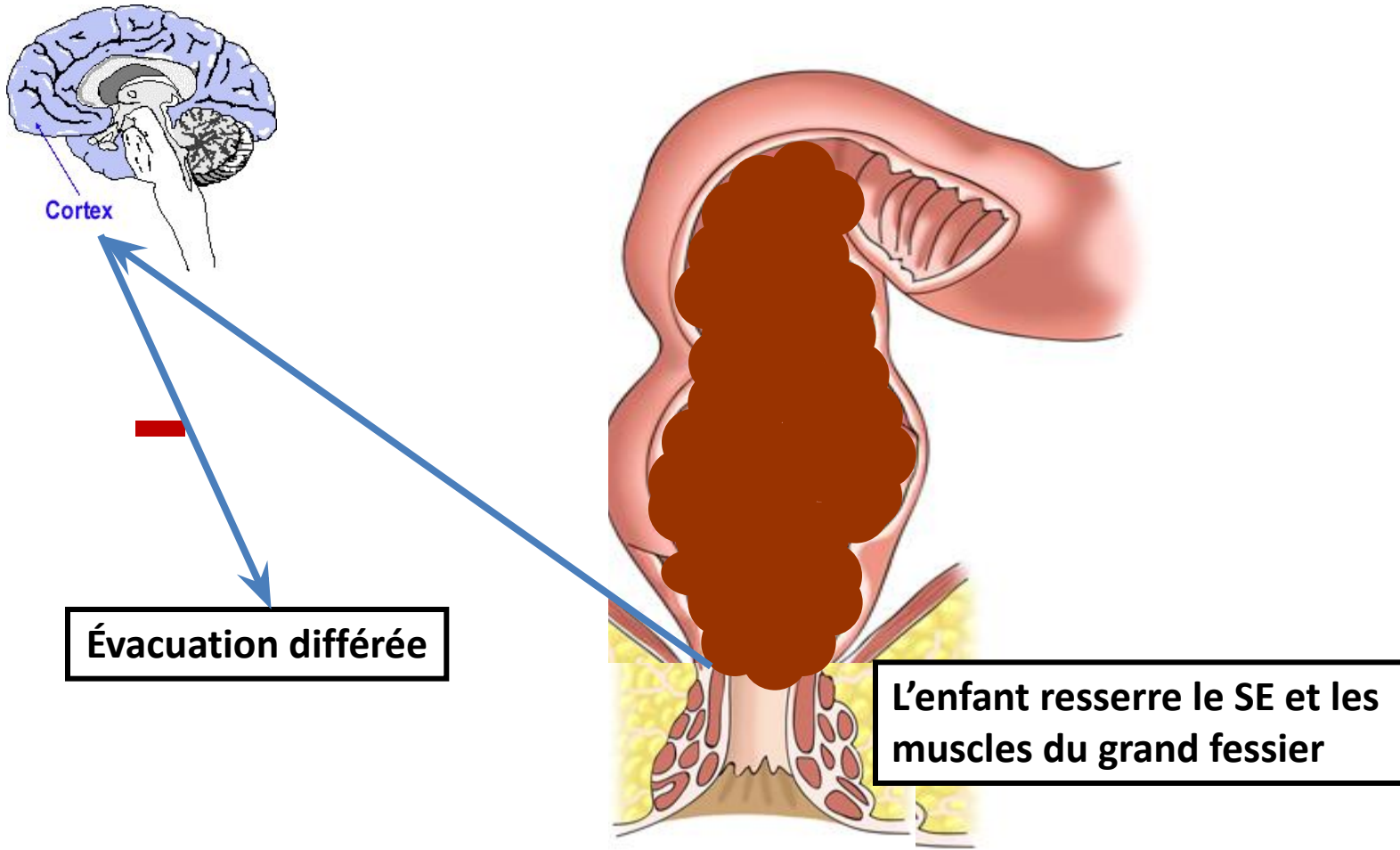


- Relâchement de la sangle pubo-rectale
- Disparition de l'angulation recto-anales

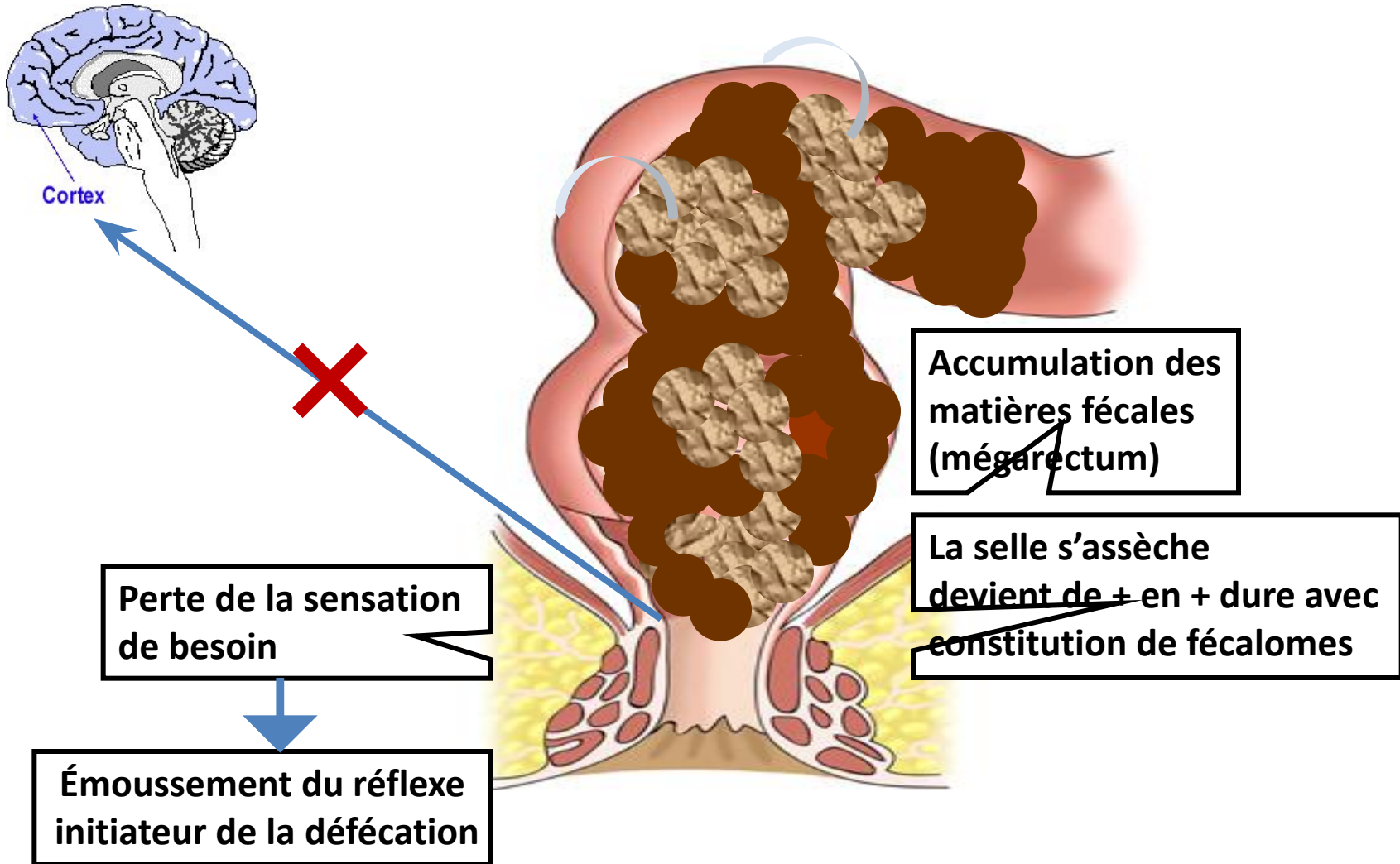
Ouverture des sphincters et du canal anal

Expulsion de la selle

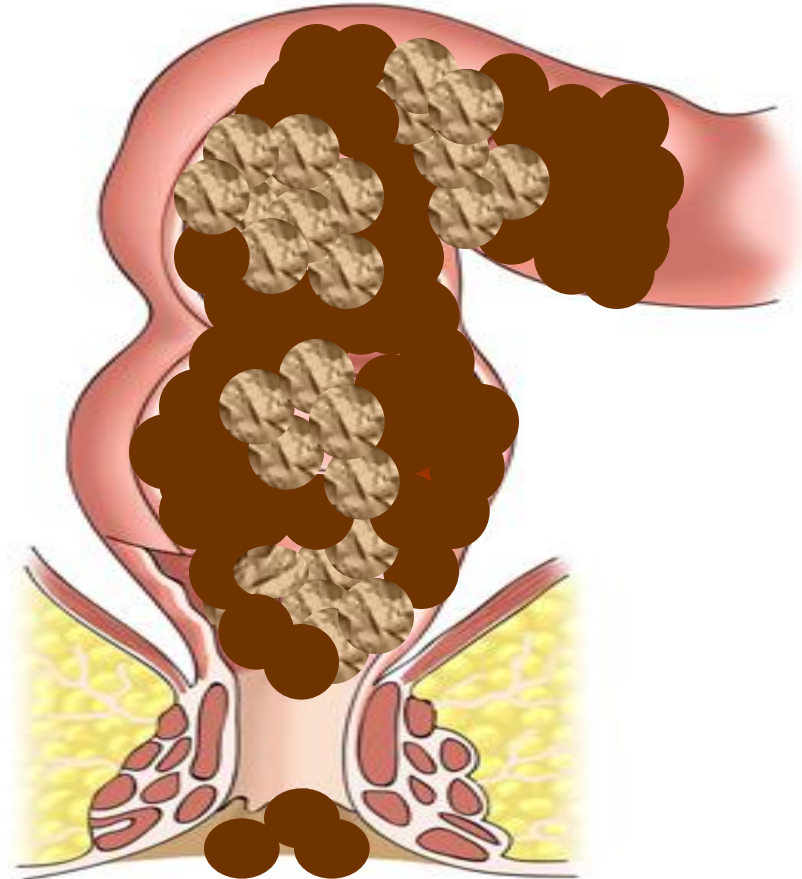
En cas de « *Rétention* »



En cas de « *Rétention* »

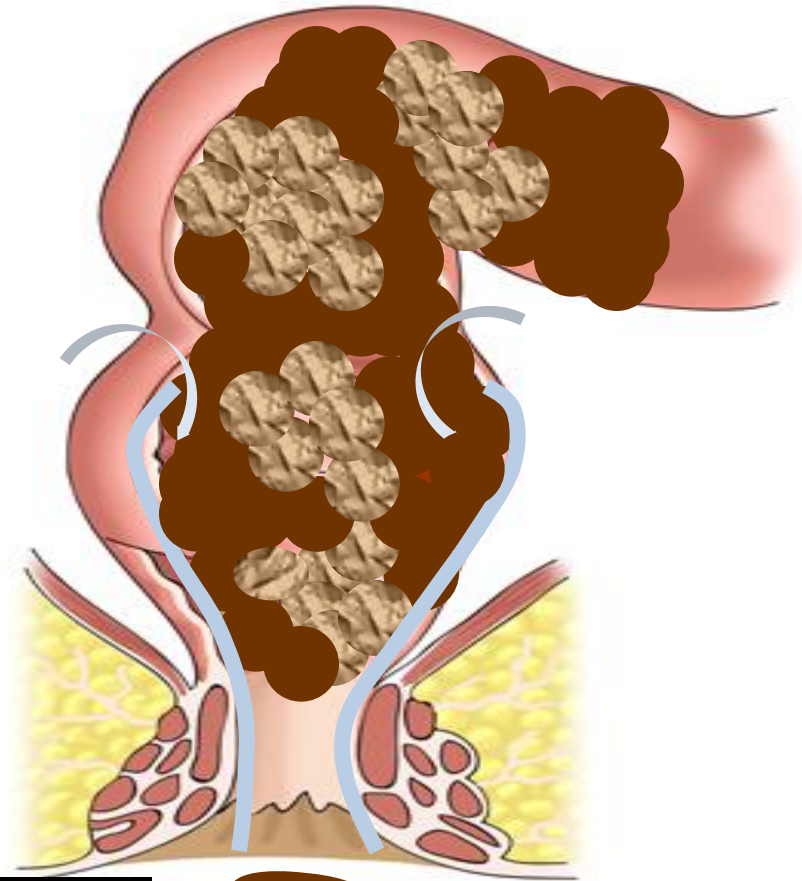


En cas de « **Rétention** »



Défécation involontaire « par débordement » ou effet de « trop plein »

En cas de « **Rétention** »



Fuite discrète par le défilé anal
souillant les sous vêtements

Fausse diarrhée

Constipation fonctionnelle

Comment allons nous traiter l'yeed ?

CLINICAL GUIDELINE

CME

JPGN • Volume 58, Number 2, February 2014

Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN

M.M. Tabbers, C. DiLorenzo, M.Y. Berger, C. Faure, M.W. Langendam, S. Nurko, A. Staiano, Y. Vandenplas, and M.A. Benninga

Traitements non médicamenteux

- La majoration de l'eau¹ dans les biberons ou des boissons ;
- Un changement d'eau de type Hepar (riche en Mg) ;
- L'utilisation de pré- ou probiotiques² ;
- La majoration de l'activité physique³ ;
- Le biofeedback³.

n'ont pas fait la preuve
de leur efficacité⁴

1. Young et al., *Gastroenterol Nurs* 1998

2. Banaszkiwicz A, Szajewska H. Ineffectiveness of Lactobacillus GG as an adjunct to lactulose for the treatment of constipation in children. *J Pediatr* 2005;146:364-9.

3. Tabbers et al., *Pediatrics* 2011

4. *Evaluation and treatment of functional constipation in infants in children : Evidence-Based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN, JPGN* 2014

Traitements non médicamenteux

- Les fibres (*fruits, crudités, légumes verts, pain complet, céréales*)
 - Un apport de fibres < au min. recommandé est considéré comme un facteur de risque de constipation chronique chez les enfants (Lee et al. J Pediatr Child Health 2008)
- Les glucides (notamment le sorbitol), contenus dans les jus de pruneaux, de poires et de pommes, peuvent accroître la fréquence des selles et leur contenu en eau.

Evaluation and treatment of constipation in children: Summary of updated recommendations of the NASPGHN. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43:405-7.

- **Le riz ne constipe pas !** (Murakami K et al., J Nutr Sci Vitaminol 2007)

Traitements médicamenteux

- Laxatifs osmotiques type lactulose. Peut être à l'origine de douleurs abdominales (par production de gaz et ballonnement).
- Macrogol 4000 à base de poly-éthylène-glycol (PEG).
- L'huile de paraffine.
- Suppositoires à la glycérine.
(leur utilisation doit être limitée)



Traitements médicamenteux

- Lavement / Solution rectale :
 - *Dihydrogénophosphate de sodium*
+ *Hydrogénophosphate de sodium* (≥ 3 ans).
 - *Sorbitol Citrate* + *Laurilsulfoacétate de sodium*.
- Lavement protocolaire selon protocole infirmier (sérum physiologique tiède, sérum salé hypertonique, huile de paraffine, potassium).
- Macrogol 3350 + ions.



Conduite du traitement

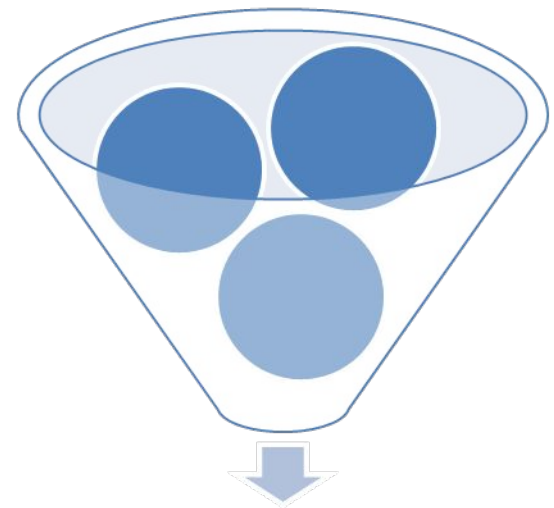
1 Évacuer les fécalomes (désimpaction):

- Lavements
- Poly-éthylène-glycol à forte dose

Efficacité comparable

Houda Bekkali et al. Pediatrics 2009; 124 : 1108-1115.

Durée maximale de 7 jours
(jusqu'à évacuation satisfaisante
des selles accumulées)



Conduite du traitement

2 Empêcher leur reconstitution (traitement d'entretien) :

Laxatifs osmotiques : Macrogol 4000 (à partir de 6 mois)

sachets de 4 g et 10 g

0,5-1 g/kg/j et en ↗ si besoin les doses

Supériorité du Poly-éthylène-glycol vs Lactulose :

- fréquence des selles/semaine;
- forme des selles;
- soulagement de la douleur abdominale;
- nécessité de recours à des thérapeutiques supplémentaires.

Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation (Review). 2010 The Cochrane Collaboration.

Conduite du traitement

- 2 Empêcher leur reconstitution (traitement d'entretien) :
Laxatifs émoullients (>1 an) : Paraffine liquide
en commençant à 1 c.à.c. 2x / j et en ↗ jusqu'à efficacité.

Conduite du traitement

2 Empêcher leur reconstitution (traitement d'entretien) :

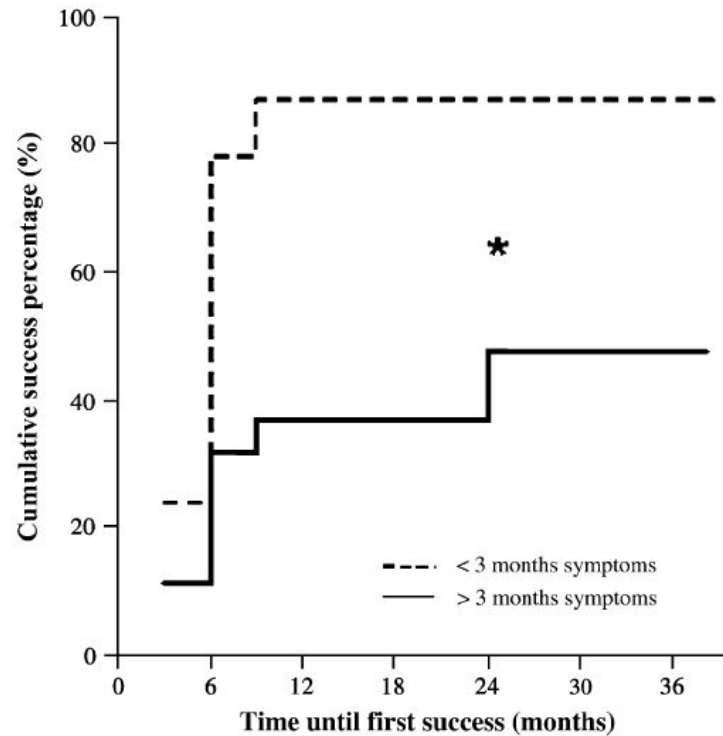
Durée : au moins 3 mois ; les symptômes de constipation doivent s'être amendés depuis au moins 1 mois avant d'envisager une décroissance du traitement.

Classiquement, le traitement doit être poursuivi le temps de l'ancienneté de la constipation.

Conduite du traitement

2 Empêcher leur reconstitution (traitement d'entretien) :

D'autant plus efficace
si débuté tôt !



van den Berg MM, van Rossum CH, de Lorijn F, et al. Functional constipation in infants: a follow-up study. *J Pediatr* 2005;147:700–704.

Conduite du traitement

3 Éviter la récurrence :

Repérer et rectifier les facteurs favorisants

Établir avec l'enfant des règles de fréquentation régulière des toilettes ...

L'enfant doit s'asseoir confortablement



J.M. Dao Ho, C.H. How.
Singapore Med J 2020;
61(2): 63-68

En conclusion, que faut-il retenir ?

- Problème courant abordé différemment par la famille et les médecins .
- L'étiologie est multifactorielle souvent fonctionnelle, plus rarement attribuée à une pathologie organique.
- Dédramatiser la situation, ne pas culpabiliser l'enfant et ne pas se focaliser de manière excessive sur la défécation.

En conclusion, que faut-il retenir ?

- Une alimentation équilibrée et variée comportant une quantité de fibres raisonnable en respectant les goûts et les habitudes de l'enfant et surtout pas de régime contraignant.
- Le traitement laxatif doit être poursuivi comme un traitement *de fond* afin de régulariser le transit.
- Il faut encourager l'enfant à **prendre le temps d'aller à la selle**, tous les jours, à la même heure, et **ne pas se retenir**.