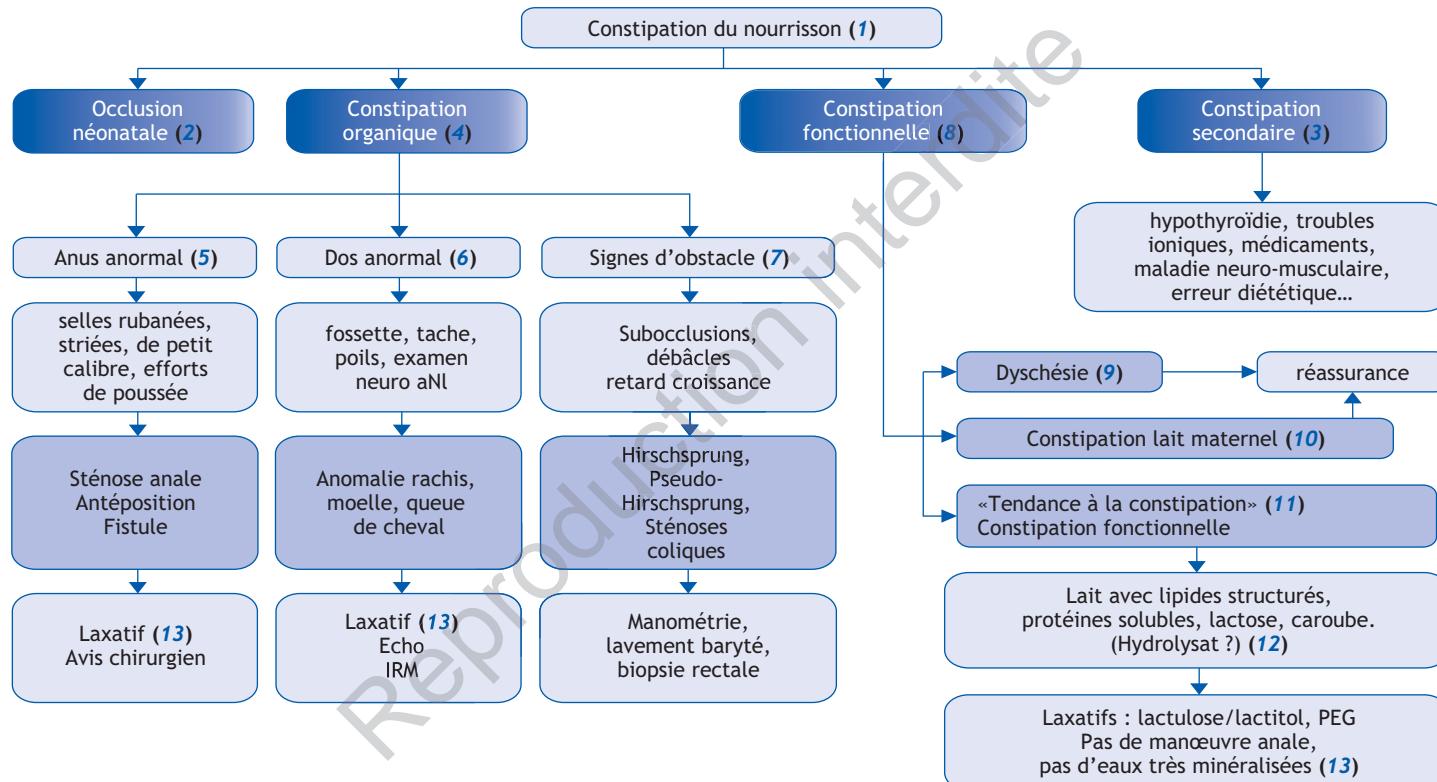


La constipation du jeune nourrisson

O. Mouterde

Département de pédiatrie, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue Germont, 76031 Rouen, France



■ Abréviations

IRM : Imagerie par résonance nucléaire

PEG : Polyéthylène glycol

■ Arbre diagnostique - Commentaires

La constipation du nourrisson ne peut être évaluée par les définitions officielles. Elle peut révéler des pathologies congénitales graves ou être d'origine fonctionnelle. Le traitement est souvent mal conduit, en utilisant des mesures diététiques ou des manœuvres endo-anales inadaptées.

(1) Les critères de Rome III donnent une définition de la constipation du moins de 4 ans qui n'est pas utilisable pour le nourrisson (rétenzione active, selles volumineuses, encoprésie...). La définition suivante : selles trop rares, trop dures, difficiles à émettre. Cette définition peut cependant intégrer une défécation normale en cas de constipation au lait maternel ou de dyschésie.

(2) Les occlusions néonatales (imperforation anale, iléus stercoral, atrésies et sténoses...) sortent du cadre de ce document.

(3) La constipation du nourrisson peut être secondaire à différentes pathologies, qui ont le plus souvent des points d'appel autres que la constipation : hypokaliémie, hypercalcémie, hypothyroïdie, maladie neuro-musculaire, médicaments ralentissant le transit, erreurs diététiques.

(4) La constipation organique doit être évoquée chez le nourrisson par un interrogatoire et un examen clinique complets, intégrant la croissance, le rythme des selles (y compris le délai d'émission du méconium, émis dans les 48 h chez 99 % des nourrissons), le mode d'exonération, l'examen physique du dos, du périnée, de l'abdomen.

(5) Un anus sténosé ou antéposé s'associe à l'émission difficile de selles qui peuvent être rubanées et aplatis. La distance anus-organes génitaux doit être de plus de 12 mm à la naissance. Puis la formule suivante peut être utilisée : distance anus-coccyx/distance coccyx-organes génitaux doit être supérieure à 0,34 chez le garçon, 0,46 chez la fille. L'anus, antéposé ou non, peut être sténosé (il devrait admettre le petit doigt) ou anormal (fistule = forme d'imperforation anale incomplète). L'avis d'un chirurgien s'impose, un traitement laxatif à forte dose permet de soulager l'enfant dans cette attente.

(6) Toute anomalie de l'examen neurologique des membres inférieurs, ou de la région lombo-sacrée, peut être signe d'une anomalie médullaire sous-jacente, responsable de la constipation. Une échographie doit être demandée avant 1 mois, une IRM au-delà. Un laxatif peut être prescrit.

(7) Les obstacles et troubles de motricité se révèlent le plus souvent de façon précoce (la composition du lait maternel fait que les signes d'organicité patents peuvent être décalés jusqu'au sevrage de l'allaitement). Dans ce cas, il existe des signes de constipation organique : difficultés de croissance, subocclusions avec ballonnement et vomissements, débâcles à l'introduction du doigt ou du thermomètre. Ceci peut révéler une maladie de Hirschsprung, un « pseudo-Hirschsprung » ou pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC) qui englobe des neuropathies ou myopathies digestives réalisant des tableaux subocclusifs sans obstacle identifiable. L'enfant doit être exploré en milieu chirurgical au moyen de manométrie, lavement baryté et biopsies rectales profondes.

(8) Les constipations fonctionnelles sont les plus fréquentes : constipation sans signes d'alerte ni anomalie de l'examen clinique.

(9) La dyschésie fait partie des troubles fonctionnels répertoriés par les critères de Rome : le nourrisson pousse pendant plusieurs minutes, devient rouge avant d'émettre une selle normale. Ce tableau correspond à l'acquisition des mécanismes de défécation et sort du cadre de la constipation vraie. Il doit être respecté et les parents rassurés.

(10) Certains enfants allaités peuvent avoir des selles rares mais normales ou un peu sèches, espacées de quelques jours à 1 mois, tout en ayant une croissance et un état général normal. Cela tient probablement à la qualité de certains laits de mère. Pas de traitement nécessaire, certains conseillent d'augmenter la ration hydrique de la mère.

(11) La « tendance à la constipation » est une entité mal expliquée. Il existe souvent une constipation familiale, l'enfant est

constipé de façon précoce sans signes d'organicité. Le risque est qu'il prenne l'habitude de se retenir après quelques mois, aggravant la constipation qui peut devenir sévère. Un traitement symptomatique précoce est indiqué. Une rectomanométrie peut être proposée par précaution dans les cas sévères ou douteux à la recherche de la rare forme de Hirschsprung « ultra-courte ».

(12) Deux changements de laits peuvent se concevoir chez le nourrisson constipé : une préparation contenant les ingrédients susceptibles d'accélérer le transit : caroube, protéines solubles, lactose, lipides structurés (Betapol®). En cas de constipation sévère associée à des stigmates d'allergie (eczéma), un hydrolysat poussé peut être tenté dans l'hypothèse d'une APLV. À la diversification : fruits, légumes et eau, sans excès ni contrainte. Une eau fortement minéralisée est couramment utilisée. Elle est peu efficace et potentiellement dangereuse, elle est à éviter.

(12) Il n'y a pas d'inconvénients à utiliser un laxatif chez le nourrisson. Le lactulose a l'AMM jusqu'à 6 mois, le macrogol après 6 mois. Ils permettent de régulariser le transit, en augmentant la dose si nécessaire. Avec l'âge, la ration de fibre non mixée augmentera et permettra de se passer d'un traitement médicamenteux. Il faut absolument éviter le cercle vicieux de l'enfant qui a des défécations douloureuses et se retient.

Enfin, il est utile de préparer l'acquisition de la propreté, qui se fait en moyenne après 2 ans et sans contraintes indues.

■ Liens d'intérêts

Au cours des 5 dernières années, Olivier Mouterde a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, actions de formation, participation à des groupes d'experts, de la part des Laboratoires Nestlé, Mead-Johnson, Blédina-Gallia, Sodilac et Thermo Fisher.

■ Références

- Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:258-74.
- Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate, Toddlers. *Gastroenterology* 2006;130:1519-26.
- Mouterde O. La constipation du nourrisson. *Pédiatrie Pratique* mars 2014.
- Garcette K, Rousseau V. Constipation : surprise sous la couche. *Médecine et Enfance* octobre 2007.
- Mouterde O, Dumant C. Abécédaire d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatrique. Sauramps, Montpellier 2015.

Correspondance :

Adresse e-mail : Olivier.Mouterde@chu-rouen.fr (O. Mouterde)