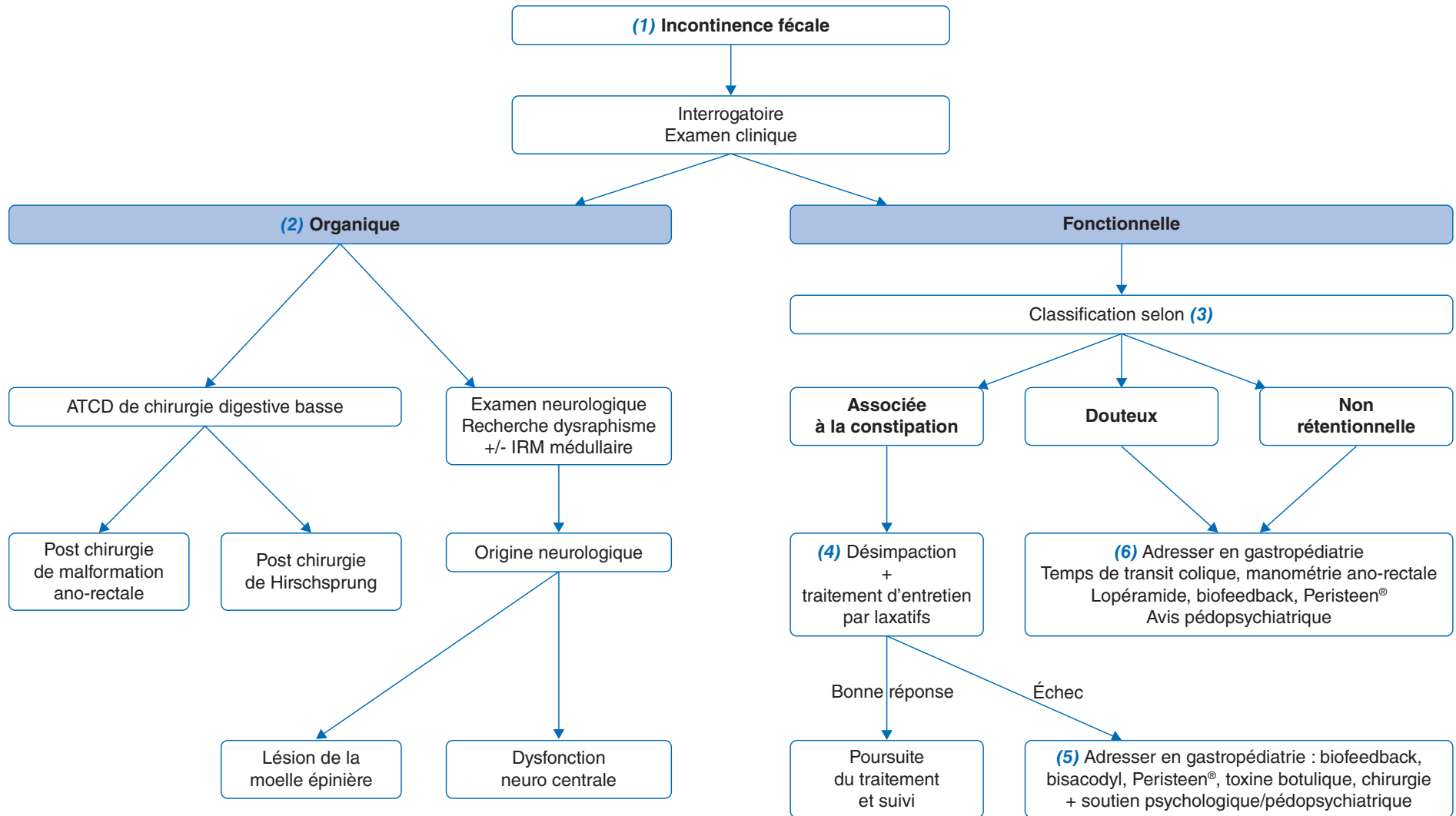


Incontinence fécale de l'enfant

Fecal incontinence in children

A. Mosca

Gastroentérologie et nutrition pédiatriques, CHU Robert-Debré, AP-HP, Paris, France



Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexis.mosca@aphp.fr (A. Mosca).

Article validé par : Groupe Francophone d'Hépatologie-Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP).

Remerciements aux relectrices : F. Campeotto, C. Jung.

■ Introduction

L'**encoprésie ou incontinence fécale** (IF) chez les enfants désigne le passage de selles dans les sous-vêtements, soit comme un suintement involontaire de petites quantités de selles liquides (généralement appelées « salissures » ou « fuites »), soit par l'évacuation complète de selles formées après l'âge de 4 ans. Elle concerne plus souvent les garçons (sex-ratio de 1,5 à 3,5). Quelle que soit la quantité de selles ou la durée des troubles, c'est l'un des événements les plus embarrassants et les plus pénibles pour un enfant.

■ Conduite diagnostique devant une IF de l'enfant

(1) L'IF chez l'enfant est classée en deux grands groupes : IF fonctionnelle (le plus fréquent) et IF organique. L'interrogatoire et l'examen clinique, parfois complétés d'examen complémentaires, permettent d'orienter la prise en charge.

(2) Les **causes organiques** d'IF sont rares. Elles peuvent être soit d'origine digestive postchirurgicale (malformation ano-rectale, maladie de Hirschsprung), soit d'origine neurologique (lésion de la moelle épinière ou lésion centrale). Un examen neurologique soigneux ainsi qu'un examen de la région sacro-coccygienne à la recherche d'un dysraphisme spinal est donc indispensable devant toute IF de l'enfant. Pour rappel, une fossette sacro-coccygienne est dite simple si les 5 conditions suivantes sont réunies : superficielle, borgne, de diamètre inférieur à 5 mm, située à moins de 25 mm de l'anus, et sans lésion cutanée associée.

En cas de doute, un avis neuropédiatrique et une IRM médullaire sont nécessaires. Si l'examen de la marge anale est indispensable (recherche de fissure antéro-postérieure), le toucher rectal n'est pas à faire en première intention.

(3) L'**IF fonctionnelle** est soit **associée à une constipation** (dans plus de 80 % des cas), soit **non rétionnelle**. Pour les différencier, on peut s'appuyer sur plusieurs critères cliniques (cf. tableau 1).

En cas d'incertitude, deux examens complémentaires réalisés par le gastro-pédiatre dans des centres spécialisés peuvent aider à faire la distinction (cf. tableau 2).

(4) La **prise en charge de la constipation** ne pourra débuter qu'après désimpaction d'un fécalome s'il existe. La désimpaction repose soit sur l'utilisation de lavements évacuateurs (type Normacol), soit sur de fortes doses de laxatifs osmotiques : macrogol 1 à 1,5 g/kg/j pendant 2 à 3 jours.

Le traitement de la constipation associe un régime alimentaire équilibré, une bonne hydratation, une activité physique régulière

Tableau 1

	Associée à la constipation	Non rétionnelle
Garçons	60 %	85 %
Consistance habituelle des selles	Dures et grumeleuses	Normales
Volume des fuites	Petites quantités de selles liquides ou formées	Selles entières émises
Fréquence des selles	< 2/semaine	Normale
Selles volumineuses	Fréquentes	Jamais
Douleur à la défécation	Fréquente	Rare
Fuites diurnes	Fréquentes	Toujours
Fuites nocturnes	Fréquentes si constipation sévère	Jamais
Douleur abdominale	Fréquente	Rare
Incontinence urinaire	Possible	Non présente
Palpation d'un fécalome	Fréquente	Peu fréquente
Traitement laxatif	Habituellement efficace	Non efficace

Tableau 2

Temps de transit colique	Habituellement prolongé	Normal
Manométrie ano-rectale	Hyposensibilité rectale avec diminution de la sensation de besoin Asynergie abdomino-sphinctérienne	Normale

et un traitement par laxatifs osmotiques (macrogol, une prise par jour, posologie à adapter au transit de l'enfant). Un *toilet training* ou rééducation des habitus est également indispensable avec : i) ritualisation du fait d'aller aux toilettes au moins 2 fois par jour, même sans sensation de besoin (préférentiellement en postprandial pour profiter du réflexe gastrocolique) pendant 5 à 10 minutes ; ii) un bon positionnement sur les toilettes avec les pieds qui reposent à plat sur un releveur qui permettra de faire en sorte que les genoux soient au-dessus du plan des fesses (équivalent d'une position accroupie) pour mettre le rectum et le canal anal dans l'axe ; et enfin iii) un effort de poussée qui doit se faire avec le diaphragme (équivalent d'une manœuvre de Valsalva,

ou expiration forcée à glotte fermé) et non sur la contraction des muscles abdominaux.

Enfin, un soutien psychologique est souvent indispensable étant donné l'état de détresse de l'enfant face à ce problème.

(5) **En cas d'échec du traitement de la constipation**, bien conduit pendant +/- 3 mois, le patient doit être adressé en consultation spécialisée de gastropédiatrie pour des thérapies complémentaires pouvant inclure le biofeedback (cf. encadré), l'utilisation exceptionnelle de laxatifs stimulants (bisacodyl), des lavements rétrogrades répétés (avec dispositif type Peristeen®), voire des injections de toxine botulique dans le sphincter anal. En dernier recours, des options chirurgicales (cœcostomie permettant des lavements antérogrades, colectomie partielle) peuvent se discuter.

(6) **En cas d'IF non rétionnelle** ou de situation douteuse, il n'y a pas lieu de prescrire un traitement laxatif. Une consultation spécialisée est utile pour confirmer le diagnostic (normalité de la manométrie ano-rectale), mettre en place une rééducation des habitus voire un biofeedback, et éventuellement des traitements ralentisseurs de transit (lopéramide), et/ou des lavements rétrogrades répétés (Peristeen®). Une prise en charge pédo-psychiatrique est nécessaire chez les enfants qui vont déféquer volontairement dans des endroits inappropriés.

■ Conclusion

L'IF est une pathologie ayant un fort retentissement sur la qualité de vie de l'enfant. Des solutions simples incluant le traitement de la constipation et la rééducation des habitus permettent de résoudre ce problème invalidant dans la majorité des cas. En cas d'échec, une consultation spécialisée en gastropédiatrie est indispensable pour réaliser une manométrie ano-rectale et orienter la prise en charge, en particulier avec le biofeedback.

■ Liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Cet article fait partie du supplément *Pas à Pas 2023* réalisé avec le soutien institutionnel de Procter & Gamble et Sanofi.

Biofeedback : méthode d'éducation périnéale visant à (ré)apprendre à l'enfant à dissocier l'effort de poussée et la contraction sphinctérienne, grâce à une manométrie AR qui lui montre par des courbes l'effet de ses contractions. Le biofeedback permet également de rééduquer la sensation de besoin en gonflant un ballonnet de volume progressivement croissant dans son ampoule rectale.

■ **Mots-clés** Biofeedback ; Constipation ; Encoprésie

■ **Keywords** Biofeedback; Constipation; Encopresis

■ **Bibliographie**

Rajindrajith S, Devanarayana NM, Thapar N, Benninga MA. Functional Fecal Incontinence in Children: Epidemiology, Pathophysiology, Evaluation, and Management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2021;72(6):794-801.

Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58(2):265-81.