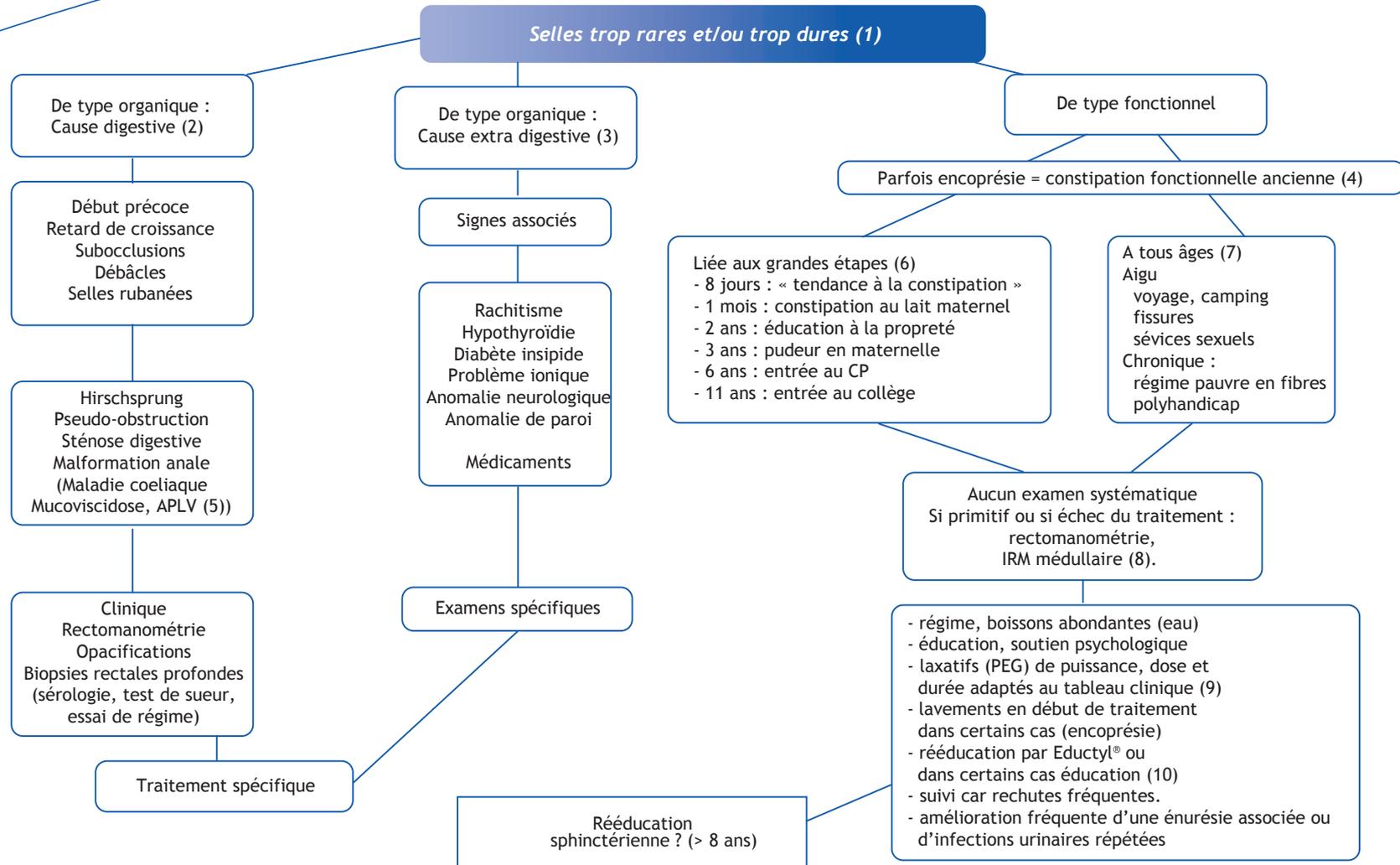


O. Mouterde

Unité de Gastroentérologie Pédiatrique, Hôpital Charles Nicolle 76031 Rouen cedex, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Le diagnostic de constipation est clinique. La radiographie d'abdomen n'est pas fiable. Plusieurs définitions existent, utilisant le rythme, la consistance ou le volume des selles. Un diagnostic de constipation peut être évoqué devant des selles volumineuses et dures, ou moins d'une selle par jour quel que soit l'âge, la présence de selles au TR, le tout pendant plus de 2 mois. Une encoprésie peut faire parler à tort de diarrhée, l'élimination à intervalles plus ou moins longs de fécalomes et le TR permettent de rectifier.

(2) La constipation organique de cause digestive est évoquée devant un début précoce (dont le retard d'élimination du méconium), qui fait parler de constipation primitive. Pour certaines pathologies organiques, le début peut être retardé au sevrage de l'allaitement maternel, le lait de mère ayant la caractéristique d'être pauvre en résidus et inducteur de motricité. La maladie de Hirschsprung est typiquement une occlusion néonatale, et plus rarement donne un tableau de subocclusions répétées, débâcles à l'introduction d'un thermomètre ou suppositoire, retard de croissance. Le pseudo-Hirschsprung (pseudo-obstruction intestinale chronique) est un tableau rare de myopathie ou neuropathie digestive se manifestant par des épisodes subocclusifs sans obstacles identifiables. Les malformations anales (sténose, fistule, antéposition de l'anus) peuvent se révéler par une constipation, le diagnostic est clinique : selles rubanées, striées de petit calibre, toucher rectal impossible, distance ano-génitale courte.

(3) Il est exceptionnel que le diagnostic de telles pathologies soit fait à partir de la seule constipation. Il existe en général un contexte symptomatique ou thérapeutique évocateur. Dans les problèmes ioniques, on peut trouver : hypercalcémie, hypomagnésémie, hypokaliémie. Dans les anomalies neurologiques, il faut entendre toute pathologie perturbant le fonctionnement de la défécation, comme le spina-bifida, l'agénésie sacrée, les

neuropathies périphériques. L'enfant polyhandicapé est par ailleurs sujet à la constipation fonctionnelle : absence d'activité physique, manque de fibres, faiblesse de l'effort de poussée, non réponse aux stimuli rectaux...

(4) L'encoprésie peut être de trois types : volontaire et psychogène (défécations volontaires complètes à un âge et dans des situations inadéquates), a rectum vide (rare, rattachée à une immaturité ou des lésions neurologiques) et l'encoprésie sur constipation sévère, la plus fréquente. Une encoprésie élimine une maladie de Hirschsprung, sauf dans une forme ultracourte. C'est l'aboutissement de l'évolution d'une constipation sévère, les fécalomes entrebâillant l'anus et laissant échapper des selles de façon incontrôlée.

(5) Deux maladies peuvent causer une constipation, la mucoviscidose et la maladie coeliaque. Il faut les évoquer devant d'éventuels signes associés. L'allergie au lait de vache a pu être associée à la constipation. Certains suggèrent un essai de régime d'exclusion devant une constipation rebelle inexplicée du jeune enfant, surtout en cas d'antécédents d'atopie, de fissures et d'érythème péri anals.

(6) Un enfant allaité peut avoir des selles rares (record publié une par mois !) de façon physiologique. Certains enfants ont une constipation très précoce sans signes d'organicité, avec souvent un ATCD familial de constipation. Ces « tendances à la constipation » risquent de s'aggraver avec le temps, l'enfant tentant de se retenir.

Des étapes de la vie de l'enfant l'exposent à une constipation réactionnelle, l'enfant prenant l'habitude de se retenir : un apprentissage de la propreté intempestif ou forcé, la pudeur en maternelle où les WC sont collectifs, les règlements et l'état des toilettes ensuite sont de grands pourvoyeurs de constipation parfois sévère. Dans les suites, une encoprésie peut apparaître ainsi qu'une perturbation secondaire de la motricité digestive

(mégarectum) parfois définitive après plusieurs années d'évolution. En dehors des étapes ci-dessus, d'autres circonstances peuvent amener une constipation parfois durable et d'aggravation progressive : une fissure anale avec douleur à la défécation, un alitement pour pathologie aiguë (absence d'activité, jeûne, déshydratation), un long trajet en voiture, responsables ensuite de selles dures émises douloureusement amenant l'enfant à se retenir. La constipation sévère et l'encoprésie doivent faire évoquer des abus sexuels sans être bien sûr en soi un argument suffisant.

(7) Certains événements ou habitudes peuvent causer une constipation, potentiellement auto-entretenu et aggravée par les douleurs à la défécation.

(8) En cas de constipation primitive, même d'allure fonctionnelle, ou d'échec du traitement bien suivi, le recours à des examens est envisagé. La rectomanométrie n'est interprétable qu'en l'absence de fécalomes. Elle peut identifier des formes courtes de Hirschsprung (exceptionnelles) ou des perturbations de la motricité sphinctérienne, éventuellement accessibles à rééducation par biofeedback. Y compris en l'absence d'anomalies évocatrices de la région lombaire (taches, fossette, touffe de poil...) une IRM médullaire peut apporter un diagnostic dans les formes sévères rebelles de constipation.

(9) Le PEG (Forlax®) peut être en pratique utilisé à forte dose de façon à obtenir des selles molles, et de façon prolongée, parfois plusieurs mois pour permettre une guérison durable. Les lavements peuvent être remplacés par du PEG à forte dose pendant une journée (protocole type préparation de coloscopie ou Movicol®).

(10) L'enfant doit se présenter de façon quotidienne aux toilettes, après un repas, dans de bonnes conditions (réducteur de lunette, pieds en appui...) et en prenant son temps. Les suppositoires dégageant du gaz carbonique (Eductyl®) peuvent être utiles en début de traitement pour redonner un rythme et susciter la sensation de besoin qui a disparu.

■ Références

Mouterde O. la constipation du nourrisson et de l'enfant. Médecine et enfance 2005;25:353-9.

Baker SS et al. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43:e1-13.

Montgomery D, Navarro F. Management of constipation and encopresis in children. J Pediatr health Care 2008;22:199-204.

* Correspondance.

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