



La constipation un problème de taille

Geneviève Caron-Fauconnier

Mathis, 4 mois, un gros bébé allaité, va très bien. Toutefois, ses parents affirment qu'il est constipé, car il ne fait qu'une selle tous les quatre jours.

Sa sœur Joanie, 4 ans, a plutôt la diarrhée depuis quelques semaines. Elle en tache ses culottes, elle qui était pourtant propre ! Comment allez-vous aborder ces problèmes ?

LA CONSTIPATION est un problème fréquent qui touche jusqu'à 22 % des enfants¹. La plupart du temps, elle est fonctionnelle, c'est-à-dire qu'elle n'est pas associée à un problème organique sous-jacent. La North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGAN) définit la constipation comme une défécation difficile ou retardée présente depuis au moins deux semaines et entraînant un stress considérable chez l'enfant².

Quel est le mode de présentation le plus fréquent ?

Chez les nourrissons

Au cours des premiers mois de vie, les parents

La D^{re} Geneviève Caron-Fauconnier, omnipraticienne, exerce en obstétrique, en pédiatrie et en périnatalité au Centre de santé et de services sociaux de Beauce et en cabinet privé à la Clinique familiale de Saint-Georges.

Tableau 1

Causes de l'absence de méconium ou de retard dans son expulsion⁸

- Maladie de Hirschsprung
- Iléus méconial (fibrose kystique)
- Déshydratation
- Sténose anale
- Anus imperforé
- Agénésie anale
- Agénésie rectale
- Atrésie rectale

sont attentifs aux selles de l'enfant et se rendent vite compte si ce dernier saute une journée. Chez les nourrissons, la constipation est donc une préoccupation des parents, même si elle est plutôt « subjective ». En effet, la prévalence de la constipation dans la première année de vie n'est que de 2,9 %³. L'origine fonctionnelle est la plus fréquente, mais plus l'enfant est jeune, plus on doit soupçonner une cause organique, surtout

dans la période néonatale².

Après la naissance, l'expulsion du premier méconium a lieu en général dans les 36 premières heures de vie (plus tard chez les prématurés). En l'absence de méconium ou si l'élimination en est retardée⁴, il faut penser à un problème sous-jacent (tableau 1).

Par la suite, la fréquence des selles varie grandement d'un bébé à l'autre et selon l'alimentation. En général, les bébés allaités font plus de selles par jour que ceux qui sont nourris avec une préparation pour nourrissons. Indépendamment de leur alimentation,

Plus l'enfant est jeune, plus on doit soupçonner une cause organique, surtout durant la période néonatale. Lors de la deuxième année de vie, la prévalence de la constipation augmente à 10 %. Par contre, une fois l'enfant propre, elle passe souvent inaperçue. Dans moins de 5 % des cas, la cause de la constipation est organique. La maladie de Hirschsprung, même si elle est rare, doit être soupçonnée, car elle peut être mortelle si elle n'est pas diagnostiquée et traitée.

Repère

Encadré 1

Maladie de Hirschsprung

- ⊗ Cause la plus commune d'obstruction intestinale chez les nouveau-nés.
- ⊗ Cause rare de constipation réfractaire chez les enfants plus vieux.
- ⊗ Incidence : 1 pour 5000 naissances
- ⊗ De 8 % à 20 % des patients atteints ne sont pas encore diagnostiqués après l'âge de 3 ans.
- ⊗ Si le segment atteint est court, la maladie peut passer inaperçue.

Anamnèse

- ⊗ Vomissements bilieux
- ⊗ Distension abdominale
- ⊗ Refus de s'alimenter
- ⊗ Symptômes d'occlusion intestinale
- ⊗ Selles en ruban
- ⊗ Diarrhée sanglante et explosive (entérocolite)

Examen

- ⊗ Retard de développement
- ⊗ Fièvre (entérocolite)
- ⊗ Toucher rectal
 - ⊗ Rectum vide et contracté et anus contracté
 - ⊗ Décharge explosive de selles et de gaz au retrait du doigt

Parfois, l'entérocolite est la première manifestation de la maladie de Hirschsprung.

Examens paracliniques

- ⊗ Manométrie rectale
- ⊗ Biopsie rectale

Traitement

- ⊗ Exérèse chirurgicale du segment d'intestin aganglionnaire

Source : Baker SS, Liptak GS, Colletti RB et coll. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999 ; 29 (5) : 612-26.

certaines bébés peuvent passer plusieurs jours sans aller à la selle (jusqu'à 10 jours)⁴.

On peut donc rassurer la mère de Mathis si les selles de l'enfant sont molles et que ce dernier n'éprouve pas de douleur au moment de la défécation.

Après 2 ans

Lors de la deuxième année de vie, la prévalence de

la constipation augmente à 10 %². Par contre, une fois l'enfant propre, elle passe souvent inaperçue. Les parents consulteront plutôt en raison des conséquences de la constipation : douleur abdominale, rectorragies, encoprésie, incontinence ou infection urinaire.

Il est primordial de reconnaître ces signes afin de diagnostiquer et de traiter la constipation fonctionnelle. La défécation douloureuse, suivie de la rétention volontaire des selles, est très souvent l'événement précipitant la constipation⁵. Ensuite, le cercle vicieux s'installe : la douleur entraîne la peur d'aller à la selle, l'enfant se retient, les selles deviennent dures et leur volume augmente dans le rectum. Ce dernier se dilate et s'habitue à contenir une plus grande quantité de selles. En conséquence, l'enfant ne ressent plus l'envie de déféquer².

Dans moins de 5 % des cas, la cause de la constipation est organique⁶. La maladie de Hirschsprung (*encadré 1*), même si elle est rare, doit être soupçonnée, car elle peut être mortelle en cas de complications (entérocolite) (*tableau II*).

Comment éliminer une cause organique ?

L'importance de l'anamnèse et de l'examen physique

Joanie a commencé à aller à la garderie à la naissance de son frère. Elle est propre depuis l'âge de deux ans. Sa mère y tenait. Pour les pipis, ça va bien, même si elle a eu une petite rechute quand son frère est né. Ses parents n'ont rien remarqué pour les selles, sauf depuis un mois. En effet, elle s'échappe à cause d'une diarrhée qui traîne.

L'anamnèse

Il existe trois périodes au cours desquelles l'enfant est plus à risque de constipation fonctionnelle : lors de l'introduction des solides, lors de l'entraînement à la toilette et lors de l'entrée à l'école⁴.

À l'anamnèse, on peut souvent repérer un événement stressant précédant la constipation, comme une hospitalisation ou une situation difficile à la maison.

Concernant l'entraînement à la propreté, on sait qu'il ne faut pas pousser l'enfant et qu'on doit attendre des signes indiquant qu'il est prêt. Une fois l'enfant « propre », encore faut-il qu'il ait le temps d'aller faire « son petit cadeau ». La frénésie du matin n'est pas toujours propice à la régularité intestinale.

Tableau II**Causes organiques de constipation chez l'enfant de plus de 2 ans**

Classe	Exemples
Malformations anatomiques	Anus imperforé Sténose anale Masse pelvienne
Problèmes métaboliques et gastro-intestinaux	Hypothyroïdie Hypercalcémie Hypokaliémie Fibrose kystique Diabète Entéropathie au gluten Néoplasie multiple d'origine endocrinienne
Neuropathies	Traumatisme ou anomalie du tube neural Neurofibromatose
Troubles musculaires ou nerveux d'origine intestinale	Maladie de Hirschsprung Myopathies ou neuropathies intestinales Dysplasie intestinale neuronale
Anomalie des muscles abdominaux	Syndrome de Down Gastroschisis
Maladie auto-immune ou inflammatoire	Sclérodermie Lupus érythémateux disséminé
Allergies	Intolérance aux protéines bovines
Médicaments ou intoxications	Prise de phénobarbital Intoxication par la vitamine D ou le plomb Botulisme

Source : Baker SS, Liptak GS, Colletti RB et coll. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29 (5) : 612-26.

L'alimentation constitue aussi un élément important à vérifier à l'anamnèse. Les enfants d'aujourd'hui consomment moins de produits de grains entiers et moins de fruits et légumes qu'auparavant, ce qui peut causer la constipation⁴.

Il est bien sûr important de s'informer du moment du début des symptômes, de la présence d'une douleur au cours de la défécation ou de sang dans les selles ainsi que de la fréquence et de la consistance des selles². L'encoprésie doit toujours être recherchée, car elle indique une constipation prolongée ayant entraîné la formation d'un fécalome. Les pa-

rents peuvent d'ailleurs croire à des diarrhées chroniques ou intermittentes². Certains éléments de l'anamnèse évoqueront par contre une cause organique (tableau III).

L'examen physique

En présence de constipation fonctionnelle, l'examen physique est normal. Par contre, on devrait vérifier si l'intestin contient des selles dures :

- ⊗ en palpant l'abdomen ;
- ⊗ en faisant un toucher rectal :
 - ⊕ palpation directe d'un fécalome ;

Tableau III**Éléments évoquant une cause organique****Anamnèse**

- ⊗ Antécédents personnels ou familiaux d'atopie
- ⊗ Retard dans l'expulsion initiale du méconium
- ⊗ Retard de développement
- ⊗ Début des symptômes avant 1 an
- ⊗ Fièvre
- ⊗ Nausées ou vomissements
- ⊗ Diarrhée sanglante
- ⊗ Constipation d'apparition subite
- ⊗ Absence de réponse aux traitements standard

Examen

- ⊗ Retard staturopondéral ou perte de poids
- ⊗ Distension abdominale
- ⊗ Selles explosives au retrait du doigt
- ⊗ Tonus sphinctérien augmenté et rectum serré
- ⊗ Absence de selles dans l'ampoule rectale
- ⊗ Position anormale de l'anus
- ⊗ Dos et colonne : marque cutanée, touffe de poils (spina bifida)
- ⊗ Examen neurologique anormal
 - ⊕ Faiblesse des membres inférieurs
 - ⊕ Absence de réflexe ostéotendineux
 - ⊕ Perte ou absence de sensibilité au niveau du bassin ou des membres inférieurs

Source : Baker SS, Liptak GS, Colletti RB et coll. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29 (5) : 612-26.

Tableau IV

Traitement d'évacuation du fécalome²

Lavement à l'aide de Fleet Phospho-Soda (pour usage pédiatrique)	⊕ Pas recommandé avant 2 ans ⊕ 6 cc/kg/dose par lavement, max. de 135 cc, 1 f.p.j.
Lavement à l'huile	⊕ Pas recommandé avant 2 ans ⊕ De 2 à 11 ans : de 30 cc à 60 cc, 1 f.p.j. x 1 lavement* ⊕ > 11 ans : de 60 cc à 150 cc, 1 f.p.j. x 1 lavement*
Huile minérale par voie orale	⊕ De 15 cc à 30 cc par année d'âge, max 240 cc par 24 h
Polyéthylène glycol	⊕ 20 mg/kg/h par voie orale, pendant 4 h par jour ⊕ Ne pas dépasser 1000 cc
Suppositoires à la glycérine	⊕ Recommandés pour les nourrissons
Suppositoires au bisacodyl	⊕ Recommandés pour les enfants de 2 à 11 ans

* Si le lavement est inefficace, ne pas répéter sans demander l'avis d'un pédiatre.

Source : Baker SS, Liptak GS, Colletti RB et coll. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29 (5) : 612-26.

Encadré 2

Buts du traitement de la constipation

Le traitement de la constipation vise principalement trois objectifs :

1. vider l'ampoule rectale ;
2. éliminer la douleur lors de la défécation ;
3. régulariser les habitudes intestinales.

- ⊕ présence de fissures anales ;
- ⊕ présence de souillures périanales ou dans la culotte.

On peut retrouver ces signes dans plusieurs cas de constipation organique (dans la plupart des causes métaboliques, les neuropathies, le syndrome de Down et les maladies auto-immunes). Toutefois, d'autres éléments de l'examen nous orientent alors vers la cause sous-jacente. Un examen complet est surtout utile pour éliminer une cause organique (tableau III).

Pour poser le bon diagnostic, l'anamnèse et l'examen physique suffisent. Les examens paracliniques ne sont nécessaires que lorsqu'on soupçonne une cause organique. Dans certains cas, une radiographie de l'abdomen peut permettre d'établir la présence de selles dans l'intestin, mais n'est pas demandée de façon systématique. Le seul examen à envisager d'emblée est la culture d'urine puisque l'infection urinaire complique parfois la constipation chronique^{2,7}.

Comment éviter l'échec du traitement ?

Vous diagnostiquez une constipation fonctionnelle chez Joanie. Après les conseils d'usage concernant l'alimentation et l'usage régulier de la toilette, vous parlez de traitement pharmacologique à la mère. Cette dernière est réticente et vous dit : « On ne pourrait pas commencer par changer son alimentation au lieu de lui donner tout de suite des médicaments ? » Les buts visés au moment d'établir le traitement sont présentés dans l'encadré 2. Dans le cas de Joanie, l'encopréésie évoque la présence d'un fécalome. Vous devrez donc

Pour poser le bon diagnostic, l'anamnèse et l'examen physique suffisent. Le seul examen à envisager d'emblée est la culture d'urine puisque l'infection urinaire complique parfois la constipation chronique. Pour éviter l'échec du traitement, il faut évacuer le fécalome, le cas échéant, puis ramollir les selles pour éliminer toute douleur au moment de la défécation pendant plusieurs mois.

Repère

Tableau V**Traitement d'entretien contre la constipation^{2,7}**

<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Lactulose ⊗ Sorbitol ⊗ Hydroxyde de magnésium (lait de magnésie) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ De 1 cc/kg/24 h à 3 cc/kg/24 h, divisé en 1 ou 2 doses
Huile minérale	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Pas recommandé avant 1 an ⊗ Après 1 an : voir ci-dessus
Docusate sodique (Colace)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ De 3 à 6 ans : de 20 mg/24 h à 60 mg/24 h, divisé en 1 à 4 doses ⊗ De 6 à 12 ans : de 40 mg/24 h à 150 mg/24 h, divisé en 1 à 4 doses
Polyéthylène glycol	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Après 2 ans : de 5 cc/kg/24 h à 10 cc/kg/24 h

donner un médicament en permettant l'évacuation, suivi d'un traitement d'entretien par voie orale.

Pour éviter l'échec du traitement, il faut évacuer le fécalome, le cas échéant, puis ramollir les selles pour éliminer toute douleur au moment de la défécation pendant plusieurs mois.

Le traitement du fécalome

L'efficacité du traitement est la même qu'il soit administré par voie orale ou rectale. Toutefois, les émoullients par voie orale sont préférables, car ils sont moins effractifs. Ils demandent, cependant, la collaboration de l'enfant².

Si on choisit la voie rectale, les lavements à l'aide d'une préparation de phosphates de sodium (Fleet Phospho-Soda), d'huile minérale ou de solution saline sont sûrs. On évite ceux à base de savon et d'eau ainsi que ceux contenant du magnésium, car ils sont potentiellement toxiques pour l'enfant².

On peut aussi utiliser les suppositoires de glycérine chez les nourrissons et ceux de bisacodyl chez les enfants plus vieux. Le *tableau IV* résume les différents traitements d'évacuation ainsi que les doses à administrer selon l'âge.

Le traitement d'entretien

Le but du traitement est de prévenir l'apparition d'un autre fécalome et de favoriser l'élimination régulière et sans douleur des selles. L'huile minérale, le lactulose, le sorbitol et l'hydroxyde de magnésium ont une efficacité similaire et peuvent être utilisés de façon prolongée. On vise d'une à deux selles molles par jour. Pour arriver à ce résultat, de fortes doses d'émoullients sont parfois nécessaires. On doit envi-

Tableau VI**Laxatifs stimulants^{2,7}**

Sennosides (Senokot)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ < 2 ans : pas recommandé ⊗ De 2 à 6 ans : de 2,5 cc à 7,5 cc par dose ⊗ De 6 à 12 ans : de 5 cc à 15 cc par dose ⊗ > 12 ans : dose adulte
Bisacodyl (Dulcolax)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ < 2 ans : pas recommandé ⊗ 2 ans et plus : de 1/2 à 1 suppositoire par voie intrarectale ou 1/3 comprimé par voie orale par dose

sager un traitement d'entretien pendant plusieurs mois (*tableau V*). On peut cesser le médicament lorsque l'enfant a acquis des habitudes intestinales régulières et ne présente plus de difficultés à aller à la selle depuis plusieurs semaines².

De façon sporadique et sur une courte période, on peut employer un laxatif stimulant (sennosides et bisacodyl) afin de prévenir la réapparition du fécalome. On doit, par contre, éviter l'usage prolongé de tels produits qui stimulent le péristaltisme parce qu'il sera difficile de les interrompre si l'intestin s'y est habitué (*tableau VI*).

Un onguent à base de lidocaïne peut être appliqué localement pendant un laps de temps restreint chez un enfant de plus de deux ans qui présente des fissures anales². Sinon, de la gelée de pétrole peut aider à soulager la douleur.

L'alimentation

Il faut augmenter l'apport en fibres et en liquide (céréales à grains entiers, fruits, légumes, eau, jus de pomme, pruneaux, poires).

Il n'est pas recommandé de donner aux nourrissons au biberon une préparation lactée à teneur réduite en fer. Aucune étude n'a révélé que le fer contenu dans les produits enrichis augmentait l'incidence de la constipation⁷.

Le traitement comportemental

L'enfant doit aller à la toilette après chaque repas, y rester de 5 à 10 minutes sans se presser et ne pas attendre d'avoir envie. Vous pouvez suggérer aux parents de placer un petit banc devant la toilette afin que l'enfant ait les pieds bien à plat⁶. Enfin, la tenue d'un journal des selles est utile pour le suivi et comme mesure de renforcement positif pour... toute la famille⁶!

Les parents doivent savoir que le traitement de la constipation sera long et que les rechutes sont fréquentes, surtout en cas de stress ou de changements dans la routine quotidienne. De plus, la tendance à la constipation peut persister jusqu'à l'adolescence².

Quand orienter l'enfant en pédiatrie ?

Une consultation en pédiatrie est nécessaire si le traitement d'évacuation ou d'entretien ne fonctionne pas avec les doses usuelles ou si vous êtes incapable de cesser les médicaments, même après une longue période, et malgré le changement d'alimentation et d'habitudes de vie. En communiquant avec le spécialiste, vous pourrez prévoir d'emblée certains examens radiologiques ou de laboratoire selon la cause possible.

Retour aux cas de Joanie et de Mathis

Joanie revient vous voir pour son suivi périodique de cinq ans. Vous l'avez rencontrée à plusieurs reprises entre temps pour son problème de constipation. Elle va beaucoup mieux grâce à vos bons conseils, même si elle « reste fragile ». Ses parents sont plus vigilants. Les changements d'habitudes de vie ont permis de cesser les émoullients. Maman reste toutefois à l'affût, car la rentrée à la maternelle constitue toute une étape pour sa belle chouette. Quant à Mathis, tout va pour le mieux. L'introduction des solides s'est faite sans problème et maman, riche de l'expérience de Joanie, n'est pas pressée de le mettre propre. ☺

Date de réception : 15 mars 2007

Date d'acceptation : 1^{er} mai 2007

Summary

Constipation in children: a "big" problem. Constipation is a frequent problem in children, even if it is rarely the primary reason for consultation. In fact, when seeking medical care, young patients already have signs and symptoms of chronic constipation. Most often, constipation is said to be functional. An organic origin is rare (less than 5%) but should be suspected, especially in children under two years of age. Hirschsprung disease is the most frequent organic cause of constipation. Generally, a good history and physical examination will be sufficient to determine whether the constipation is functional or organic. Treatment is mandatory and consists in medication to empty the rectum and maintain regular, non-painful bowel habits, changes in toilet behaviour and changes in diet to increase the amount of fibre and water. The pharmacologic treatment should be maintained for several weeks before being gradually reduced. Relapses are frequent.

Keywords: constipation, fecal soiling, fecal mass, Hirschsprung disease

Mots-clés : constipation, encoprésie, fécalome, maladie de Hirschsprung

La D^{re} Geneviève Caron-Fauconnier n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Loening-Baucke VA. Prevalence rates for constipation and faecal and urinary incontinence. *Arch Dis Child* 2007 ; 92 : 486-9.
2. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB et coll. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999 ; 29 (5) : 612-26.
3. Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005 ; 146 (3) : 359-63.
4. Ferry GD. Constipation in children: Etiology and diagnosis. *UpToDate* 2006 15.1 : 30 octobre 2006.
5. Borowitz SM, Cox DJ, Tam A et coll. Precipitants of constipation during early childhood. *J Am Board Fam Pract* 2003 ; 16 (3) : 213-8.
6. Rubin G, Dale A. Chronic constipation in children, *BMJ* 2006 ; 333 (7577) : 1051-5.
7. Borowitz S. Constipation. *eMedicine.com*. Emedicine Continuing Education. Section: Specialties, Pediatrics, Gastroenterology. 11 avril 2006. Site Internet : www.emedicine.com/ped/topic471.htm (Date de consultation : 15 février 2007).
8. Kirschner BS, Black DD. The Gastrointestinal Tract. Dans : Behrman RE, Kliegman RM, rédacteurs. *Nelson Essentials of Pediatrics*. 3^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 1998. pp. 429-31, 441-3.