
ENCOPRESIE DE L'ENFANT

DEFINITION

L'encoprésie est l'émission régulière de selles formées ou semi-formées dans les sous vêtements ou des endroits "inhabituels" (sur le sol...) après l'âge de 4 ans. L'encoprésie touche 1 à 4 % des enfants de la population générale.

RAPPEL

La progression des selles (matière fécale communément appelé "le caca") le long du colon est assurée par des contractions de sa paroi. Certaines de ces contractions sont de grande amplitude et se produisent plusieurs fois par jour, principalement lors des repas. Elles font progresser les selles jusque dans le rectum, où elles provoquent la sensation de besoin. A ce moment il existe une décontraction réflexe et involontaire d'une partie du muscle sphinctérien de l'anus (sphincter lisse aussi appelé sphincter interne). Cette décontraction aboutit au passage des selles à travers l'anus et à leur évacuation.

Lors de l'apprentissage de la propreté, vers l'âge de 3 ans, l'enfant apprend à contracter volontairement la deuxième partie de son sphincter anal (sphincter strié aussi appelé sphincter externe) ce qui lui permet de retenir les selles et d'être "propre", jusqu'à ce qu'il se trouve dans les conditions nécessaires à une défécation "sociale". Tant que l'enfant n'a pas évacué volontairement ses selles le rectum reste rempli, et la sensation de besoin disparaît jusqu'à la prochaine contraction réflexe de l'intestin. L'évacuation des selles d'un enfant ayant fait l'apprentissage de la propreté se fait donc à un rythme contrôlé volontairement dépendant de la vitesse de son transit digestif, qui est plus ou moins rapide selon les individus. Ainsi pour un enfant, le nombre de défécations volontaires et normales va de 3 par jour à 1 tous les 3 jours.

MECANISME DE L'ENCOPRÉSIE

L'enfant se retient d'aller à la selle volontairement, il ne va plus au cabinet ou au pot, son rectum se remplit et des fuites de selles se produisent par débordement sans qu'il n'y pense.

La stagnation des selles dans le rectum est due à un effort de retenue exercé par l'enfant de façon consciente alors qu'il ressent normalement le besoin d'aller à la selle. L'évacuation est volontairement différée.

Au fur et à mesure, le besoin d'aller à la selle s'émeuse car le rectum s'habitue à être rempli à des volumes de plus en plus importants. Au-delà d'un certain volume de selles dans le rectum le sphincter anal lisse se décontracte de façon physiologique et des fuites de selles moulées ou semi-formées se produisent lorsque l'attention de l'enfant se relâche et qu'il ne pense plus à se retenir en serrant la partie striée de son sphincter anal. Les fuites de selles se font par débordement du rectum qui est trop rempli.

Si les selles stagnent longtemps dans le rectum, elles durcissent et forment alors une grosse boule dure appelée fécalome qui peut peser jusqu'à un kilo. Ce fécalome irrite la paroi rectale, provoquant ainsi des sécrétions fécaloïdes (liquide sécrété par la paroi du rectum teinté comme des selles) qui s'échappent par l'anus, à différencier d'une diarrhée.

Les enfants encoprétiqes sont souvent au départ des enfants constipés, ce qui facilite la stagnation des selles dans leur intestin et notamment dans leur rectum. Cette constipation associée est le plus souvent banale, non pathologique et n'explique pas à elle seule la retenue des selles dans le rectum qui est volontaire.

On distingue l'encoprésie de l'incontinence vraie due à une anomalie du sphincter causée par des maladies neurologiques ou à des malformations congénitales. On la distingue aussi des fuites causées par le remplissage anormal du colon lors d'une anomalie de fonctionnement du colon qui ne se contracte pas comme dans la maladie de Hirschprung

CLINIQUE

L'enfant est en général âgé de 6 à 10 ans, c'est le plus souvent un garçon.

Ces signes peuvent exister alors qu'il a été propre pendant plusieurs mois ou années (encoprésie secondaire) ou bien l'enfant peut ne jamais avoir acquis le contrôle de sa défécation (encoprésie primaire).

Dans les cas sévères, cette pathologie peut persister longtemps après l'adolescence. Les fuites de selles sont toujours présentes.

Les fuites de selles surviennent souvent lors des exercices physiques ou du jeu, quand l'attention de l'enfant se relâche. Elles surviennent le plus souvent dans la journée, mais peuvent aussi se produire la nuit. Paradoxalement ces fuites de selles ne semblent pas gêner l'enfant qui est actif et bien portant.

Il peut exister aussi des suintements de selles liquides dus à l'irritation du rectum trop rempli par des selles qui ont durci (fécalome), souvent confondus par les parents avec de la diarrhée du fait de leur caractère liquide et incontrôlé.

D'autres signes sont souvent présents : douleurs abdominales, ballonnements abdominaux, constipation. Les efforts d'exonération de ces selles dures peuvent déchirer la muqueuse de l'anus et créer une fissure douloureuse qui saigne parfois. Les exonérations normales faites aux toilettes sont rares, parfois moins d'une fois par mois. Le plus souvent l'enfant contrôle ses urines ce qui prouve que l'encoprésie n'est pas une maladie neurologique.

LA CONSULTATION PAR LE MEDECIN

La consultation a quatre buts :

- 1) poser le diagnostic d'encoprésie qui est une maladie fonctionnelle et éliminer les autres causes d'incontinence qui peuvent nécessiter des traitements spécifiques comme une intervention chirurgicale,
- 2) éliminer une très rare maladie congénitale appelée maladie Hirschsprung (atteinte des rameaux nerveux de la paroi intestinale) qui peut se présenter comme une encoprésie,
- 3) évaluer la gravité de la pathologie,
- 4) orienter les parents sur une possible cause psychologique qui sera essentielle à travailler pour faciliter la guérison de l'encoprésie.

L'entretien et l'examen sont faits en présence du ou des parents qui accompagnent l'enfant :

Les antécédents familiaux, le statut de la fratrie sont notés. La composition de la famille sera notée (famille recomposée...).

Les antécédents de l'enfant doivent être renseignés depuis l'accouchement, avec l'aide du carnet de santé si possible. La courbe staturo-pondérale doit être normale.

De possibles difficultés intellectuelles sont recherchées, celles-ci favorisent l'installation et surtout la persistance de cette pathologie en rendant difficile sa prise en charge psychologique.

Les conditions de l'apprentissage de la propreté seront demandées, on se renseignera aussi sur la prise en charge quotidienne de l'enfant (nourrice, école, garde par de la famille...).

Parfois l'abdomen est ballonné et on peut palper à travers la paroi des selles dures qui encombrent le colon.

L'examen neurologique doit être normal.

L'inspection des sous vêtements permet souvent de confirmer le diagnostic de fuites de selles.

L'examen minutieux de la région anale, fait sur un enfant consentant et rassuré doit éliminer toute malformation anale, mais aussi génito-urinaire. Une fissure de l'anus peut être due au passage de selles volumineuses. Un toucher anal prudent s'assurera de la normalité de l'anus qui est le plus souvent relâché à cause du réflexe normal de détente sphinctérien lorsque le rectum est rempli de selles. Le toucher rectal trouve tout de suite des selles le plus souvent dures.

La gravité du problème et son retentissement sur ses activités physiques sont le plus souvent minimisés par l'enfant. La fréquence des changes et toilettes doit être notée.

L'entretien aura plus pour but de mettre les parents sur la piste de possibles difficultés psychologiques que de les rechercher d'emblée. Les premières consultations doivent être prudentes et la prise en charge psychologique sera au mieux effectuée plus tard par des spécialistes (psychologue ou psychiatre).

Les examens complémentaires sont inutiles dans les cas typiques. Souvent les parents ont déjà avec eux des radiographies confirmant la stase des selles dans le rectum qui se fait aussi le plus souvent dans tout le colon. Si une radiographie de l'intestin a été pratiquée elle montrera le plus souvent une stase résiduelle de selles dans le colon. Le volume des selles ainsi retenues peut être impressionnant. Le diamètre du colon sera souvent augmenté, ce qui n'est en aucun cas pathologique si cette augmentation porte sur l'ensemble de sa longueur, y compris le rectum. La manométrie anorectale peut rechercher des signes de maladie de Hirschsprung.

CAUSES

Les causes sont doubles. Elles associent une constipation souvent présente et des facteurs psychologiques. Les difficultés psychologiques peuvent être secondaires à des erreurs lors de l'apprentissage de la propreté : mise au pot trop précoce, parents obsessionnels, voire au contraire pas d'accompagnement lors de cette période. Ou alors ce sont des difficultés psychiques n'ayant rien à voir avec l'apprentissage de la propreté : difficultés dans le couple, carence affective, traumatisme psychologique ou physique. Il faut noter que bien souvent l'encoprésie est un mode de communication de l'enfant avec son entourage.

Dans certains cas, il n'existe aucune cause psychologique : l'encoprésie peut être passagère chez un enfant constipé qui a une fissure anale due au passage d'une selle un peu plus difficile que d'habitude. La douleur due à cette fissure fait qu'il aura peur d'aller à la selle. Il peut alors se retenir jusqu'à avoir des fuites par débordement.

TRAITEMENT

Avant tout, le traitement de la constipation est indispensable. Il permet en ramollissant les selles d'aider l'enfant à les évacuer et rend les défécations moins douloureuses. Il reposera sur un régime riche en fibres, légumes, fruits avec une ration hydrique suffisante. Le régime ne doit pas être trop strict car il peut être source de conflit supplémentaire avec les parents et il est rarement efficace seul.

Les suppositoires et lavements seront évités parce qu'ils peuvent être mal vécus par l'enfant mais ils sont parfois vraiment nécessaire notamment lorsqu'il existe une trop importante accumulation de matières (fécalome) et lorsqu'on souhaite les utiliser comme supports à la rééducation. Des laxatifs oraux sont toujours nécessaires, il ne faut pas avoir peur de donner

des doses assez fortes chez ces enfants souvent très constipés. Quand la constipation est sévère, (moins d'une selle par semaine) elle rend plus difficile le traitement de l'encoprésie.

Il est très important que ce traitement soit poursuivi plusieurs mois, même au-delà de la guérison. Il faut noter que la constipation est une anomalie fréquente et banale qui débute très souvent dès l'enfance et persiste plus d'une fois sur deux après la puberté, ce qui explique dans le cadre de l'encoprésie la nécessité de sa prise en charge de façon prolongée pour éviter les rechutes.

En cas de fissure, des soins locaux avec un savon doux et une pommade cicatrisante seront associés.

La partie fonctionnelle et psychologique peut être réglée dans les cas simples par la prise en charge non spécialisée sans l'aide du psychiatre ou du psychologue. En effet, les premières consultations vont rassurer l'enfant et ses parents en éliminant une maladie grave. Elles permettront d'expliquer le mécanisme des fuites et la nature volontaire de l'effort de retenue. Il est vrai que l'enfant admet le plus souvent qu'il ressent le besoin d'aller à la selle, mais qu'il se retient jusqu'à ce qu'il soit trop tard. Les causes psychologiques suggérées par le médecin peuvent être bénignes et réglées par les parents eux même.

En cas d'échec de cette prise en charge simple, il ne faut pas tarder à suggérer aux parents de recourir à une aide psychologique. En effet plus l'âge de l'enfant est important, plus les symptômes risquent de persister. Quant aux pathologies psychiatriques sévères, elles sont le plus souvent déjà diagnostiquées et l'encoprésie n'est pas au premier plan des symptômes. Dans ces cas sa prise en charge est difficile et rarement efficace, toutefois le traitement diététique et laxatif ne doit pas être négligé.

A ce jour, l'efficacité d'une rééducation anorectale n'est pas prouvée, toutefois, elle peut aider l'enfant à comprendre et maîtriser les mécanismes de la continence et de la défécation. Elle est rarement prescrite de première intention et peut être guidée par un examen manométrique (enregistrement des pressions de l'anus par une petite sonde) préalable.

Mise à jour : décembre 2008