

# La constipation chez l'enfant

**O. Reinberg  
B.-J. Meyrat  
S. Vasseur Maurer  
A. Nydegger**

Pr Olivier Reinberg  
Drs Blaise-Julien Meyrat,  
Sabine Vasseur Maurer  
et Andreas Nydegger  
Groupe médico-chirurgical  
de gastro-entérologie pédiatrique  
CHUV, 1011 Lausanne  
Olivier.Reinberg@chuv.ch  
Blaise-Julien.Meyrat@chuv.ch  
Sabine.Vasseur@chuv.ch  
Andreas.Nydegger@chuv.ch

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 225-6

## QU'EST-CE QUE LA CONSTIPATION ?

La constipation peut se définir comme un passage des selles de consistance augmentée, plus rare ou plus difficile, voire douloureux.

Chez l'enfant cela peut entraîner une réaction de rétention volontaire par peur de revivre l'événement douloureux. Contrairement à la constipation chez l'adulte, la constipation chez l'enfant est entretenue par un cercle vicieux qui engendre très souvent des problèmes variés. Un retard ou des difficultés à la défécation de plus de deux semaines sont suffisants pour provoquer un état morbide significatif.

Attention, un enfant peut être constipé tout en allant à la selle chaque jour, voire en ayant des selles molles (diarrhées paradoxales et/ou *soiling*) : le rectum, déjà rempli de vieilles selles, ne permet plus aux nouvelles selles liquides en provenance du côlon d'y séjourner et de se concentrer. Celles-ci glissent autour de vieilles selles accumulées et sortent fréquemment, faute de réservoir, sous forme de selles molles ou liquides, parfois entre deux défécations (*soiling*).

L'encoprésie est définie comme l'incontinence des selles sans cause organique. Ce n'est pas forcément une maladie d'origine psychiatrique.

La constipation constitue 3 à 5% des motifs de consultations de pédiatrie générale et 10 à 25% des consultations spécialisées de gastro-entérologie pédiatrique. Les filles sont plus souvent atteintes que les garçons.

## Constipations fonctionnelles

Les constipations fonctionnelles, ou idiopathiques, sont très nettement plus fréquentes que les constipations organiques. Le plus souvent, on ne retrouve pas de cause anatomique, organique ni médicamenteuse. Elles sont souvent d'origine multifactorielle. Souvent l'épisode de rétention aiguë est précédé par une défécation douloureuse provoquant ou non une blessure anale, de même que par des tentatives trop précoces d'éducation. Souvent aussi, les enfants signalent des sanitaires sales, pas confortables pour la défécation, comme premier événement dans l'épisode de constipation.

## Constipations organiques

Beaucoup plus rares sont les constipations de causes organiques en relation avec des anomalies anatomiques (sténose anale, malformation anorectale), des anomalies de l'innervation (maladie de Hirschsprung, encéphalopathies) ou de la moelle épinière (myéломéningocèle, tumeurs) ou à des maladies systémiques (diabète sucré, hypothyroïdie, hypo- et hypercalcémie, etc.). Elles peuvent aussi être secondaires à la prise de médicaments (tableau 1).

## COMMENT VA-T-ON À LA SELLE ?

Le chyme arrive liquide de l'iléon dans le côlon. Le côlon concentre les matières fécales par absorption d'eau et d'électrolytes, permet l'entreposage et l'évacuation des selles ainsi que la digestion et l'absorption des aliments non encore digérés. Les fibres jouent un rôle important : ce sont des résidus insolubles constitués des parois des cellules végétales ayant résisté aux enzymes digestives dans l'intestin grêle. Elles augmentent le volume fécal par leur effet

hydrophile propre (appel d'eau) et par celui des produits de leur dégradation. Enfin, elles augmentent l'activité motrice intestinale. Les fibres résiduelles jouent un rôle de ballast sur lequel s'appuient les contractions coliques pour propulser les selles vers l'extérieur.

Les contractions coliques propulsent le chyme qui se transforme peu à peu en selles, vers la sortie. Les caractéristiques de contraction du côlon dépendent de l'état alimentaire. La nature a bien fait les choses : nous sommes faits pour nous vider après nous être remplis. Il existe un réflexe gastro-colique à l'ingestion de nourriture : les aliments présents dans le duodénum, en particulier les aliments gras, déclenchent dans le côlon des contractions rythmiques intermittentes réflexes et un mouvement de masse, ce qui provoque l'émission des selles. C'est pourquoi, il est plus aisé de déféquer après un repas.

Le stockage des fèces entre deux défécations est effectué dans le côlon sigmoïde et l'ampoule rectale. Le besoin de défécation est déclenché par l'augmentation de la pression dans l'ampoule rectale. Par conséquent, une distension préalable du rectum (constipation chronique) diminue la sensibilité et la force de contraction rectale.

Pour évacuer les selles, la contraction colique est renforcée par la presse abdominale, qui s'appuie sur le plan fixe du plancher pelvien. Pour pousser, il faut donc stabiliser le plancher pelvien, c'est-à-dire avoir les pieds sur un appui. On ne peut ni accoucher ni déféquer correctement les pieds dans le vide ! Un enfant, pour déféquer correctement, doit donc avoir les pieds par terre. Si ses jambes sont trop courtes sur les toilettes des adultes, il faut lui procurer un ou mieux, deux (un pour chaque jambe), petits bancs.

La fréquence des selles est très variable

**Tableau 1. Médicaments favorisant la constipation (liste non exhaustive)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitriptyline</li> <li>• Antiacides (contenant des sels d'alumine ou du calcium)</li> <li>• Anticholinergiques</li> <li>• Antidépresseurs tricycliques</li> <li>• Anti-inflammatoires non stéroïdiens</li> <li>• Sulfate de baryum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bêtabloquants</li> <li>• Colestyramine</li> <li>• Clonidine</li> <li>• Colestipol</li> <li>• Disopyramide</li> <li>• Diurétiques</li> <li>• Fer</li> <li>• Antagonistes du calcium</li> <li>• Opiacés</li> <li>• Phénothiazine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phénytoïne</li> <li>• Propanthéline</li> <li>• Scopolamine</li> <li>• Sucralfate</li> <li>• Sympathomimétiques</li> <li>• Vincristine, vinblastine</li> <li>• Bismuth</li> <li>• Cimétidine</li> </ul>
--	--	---

d'une personne à l'autre. Chez le bébé au sein, qui n'inhibe pas ses contractions coliques induites par l'alimentation, on peut avoir une selle après chaque tétée, mais certains nouveau-nés n'émettent qu'une selle tous les deux jours. Les enfants de un à quatre ans vont en général à la selle une à deux fois par jour et plus de 90% d'entre eux vont à la selle au moins un jour sur deux. Le sevrage et la diversification alimentaire s'accompagnent en général d'une diminution du nombre de selles émises par jour. Chez le plus grand enfant et l'adulte, la fréquence des exonérations varie de trois selles par jour à une selle tous les trois à quatre jours; ces valeurs sont considérées comme normales si les selles sont émises avec aisance. C'est donc davantage la variation du rythme des selles et de leur consistance qui est significative.

## QUAND PENSER À UNE CONSTIPATION CHEZ L'ENFANT ?

Les éléments devant faire suspecter une constipation sont listés dans le **tableau 2**.

**Tableau 2. Éléments devant faire suspecter une constipation**

- Douleurs abdominales
- Crampes abdominales
- Ballonnement abdominal
- Selles dures pouvant entraîner des douleurs anales et/ou sang frais sur les selles (très souvent associées à des fissures anales que l'on peut voir dans le canal anal, en dépliant l'anus)
- «Hémorroïdes» chez un enfant
- Souillures – soiling: l'enfant a de petites pertes de selles entre deux défécations
- Diarrhées paradoxales
- Prolapsus rectal
- Selles dures, en crottes de lapin
- Absence d'horaire de défécation
- L'enfant demande des couches pour aller à la selle, se cache pour déféquer
- L'enfant présente des troubles mictionnels associés (incontinence, infections urinaires)

## COMMENT PRENDRE EN CHARGE UNE CONSTIPATION CHEZ L'ENFANT ?

### Expliquer, expliquer, et encore expliquer

Il est très important d'expliquer et de répéter inlassablement la nécessité des fibres (apprendre à lire les étiquettes et connaître les sources de fibres alimentaires), des boissons en quantités suffisantes, de l'acti-

tivité physique, des défécations postprandiales régulières (horaires) et des appuis pour les pieds.

### Les fibres alimentaires

Il y a 100 ans (chiffres provenant du Canada), on consommait 120 g de fibres par jour et on buvait de l'eau. Aujourd'hui, on consomme 14 à 18 g de fibres par jour et on boit moins d'un litre/jour, souvent des boissons sucrées.

Les besoins en fibres peuvent être calculés facilement en utilisant la formule suivante: âge de l'enfant + 5 à 10 grammes.

En attendant un changement des habitudes alimentaires avec un apport suffisant en fibres, on peut utiliser un supplément en fibres hydrosolubles: Benefiber, Optifiber (non remboursés): 5 g de poudre correspondent à 5 g de fibres. Ces suppléments n'ont aucun goût; ils sont aisément miscibles aux liquides et aux semi-liquides.

### Des boissons en suffisance (tableau 3)

Boire suffisamment signifie boire de l'eau, éviter les boissons sucrées (fermentation, caries, etc.) et boire davantage en été, pendant et après tout exercice physique, ainsi que lorsqu'on se trouve dans des locaux secs et chauds (salles de classe) ou en voiture.

### En attendant que les mesures diététiques agissent

Si la constipation est aiguë, pour rompre rapidement le cercle vicieux, on peut procéder à l'évacuation des selles par quelques lavements. Les clystères sont commodes, mais irritants à la longue. Il faut donc les utiliser seulement de façon ponctuelle. Les lavements à l'eau (20 ml/kg d'eau + 5% de glycérine) sont moins dangereux.

### Traitements complémentaires

Ne pas prescrire de laxatifs chez l'enfant! Ils sont irritants à la longue et créent une dépendance.

Si nécessaire, on utilisera essentiellement le lactulose, les mucilages et la paraffine.

Les mucilages et les disaccharides de synthèse (lactulose, lactitol, mannitol, sorbitol), non digestibles dans le grêle, augmentent le volume du contenu colique. L'augmentation du volume fécal est due à leur hydrophilie propre et aux produits de leur hydrolyse par la flore colique. Le lactulose, qui n'est ni métabolisé ni absorbé, est laxatif par effet osmotique. Il faut absolument veiller à un apport en eau suffisant lors de la prise de lactulose.

L'huile de paraffine réduit la résorption

**Tableau 3. Besoins en boissons (eau) selon l'âge**

0 à 3 mois	150 ml/kg/jour
3 à 6 mois	125 ml/kg/jour
6 à 12 mois	100 ml/kg/jour
Enfants	50 à 75 ml/kg/jour
Adolescents	35 à 50 ml/kg/jour

**Conseil important:** ne pas simplement dire à l'enfant de boire trois verres d'eau mais poser trois verres sur la table, qui doivent être vides à la fin du repas.

hydroélectrolytique par le grêle et le colon, et augmente le volume fécal. En outre, elle facilite l'évacuation des selles par lubrification. Comme elle n'est pas très agréable à prendre, on peut la prescrire sous forme de gelée Lansoyl que les enfants préfèrent (parfois).

## COMBIEN DE TEMPS TRAITER ?

Un colon distendu présente une perte de sensibilité et une moins bonne force de contraction. Le traitement de la constipation ne se limite donc pas à éliminer les selles dures, mais à maintenir le colon vide pendant assez longtemps pour qu'il retrouve un diamètre normal, une bonne sensibilité et des contractions propulsives. Cela peut prendre plusieurs mois. ■

### Bibliographie

- Benkebil F, Di Paolo E, Roulet M. Emploi et toxicité de la paraffine liquide per os chez l'enfant. *Paediatrics* 2006;117:23-5.
- Bianchi N, Muriel Lafaille-Paclet M. A table: guide-conseil pour l'alimentation en famille, 2<sup>e</sup> édition. La Conversion (CH): éditions BabyGuide, 2007.
- Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, et al. Treatment of childhood constipation by primary care physicians: Efficacy and predictors of outcome. *Pediatrics* 2005;115:873-7.
- Constipation guideline committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:e1-13.
- Schmitz J. Constipation. Bâle: Annales Nestlé (Fr), Nestlé Nutrition Institute, Karger Ed, 2007.