



HAL
open science

Modalités de prise en charge de la constipation fonctionnelle de l'enfant en soins primaires : étude menée auprès de 68 médecins généralistes hauts-normands

Ève Bonard Condoret

► **To cite this version:**

Ève Bonard Condoret. Modalités de prise en charge de la constipation fonctionnelle de l'enfant en soins primaires : étude menée auprès de 68 médecins généralistes hauts-normands. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00718577

HAL Id: dumas-00718577

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00718577>

Submitted on 17 Jul 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Thèse de Médecine générale

PAR

Eve BONARD CONDORET

Née le 04 décembre 1978 à Dieppe

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 JUIN 2012 à ROUEN

**« Modalités de prise en charge de la constipation
fonctionnelle de l'enfant en soins primaires :
Etude menée auprès de 68 médecins généralistes
hauts-normands. »**

Président de jury : **Mr le Pr Eric MALLET**

Directeur de Thèse : **Mr le Dr Olivier MOUTERDE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 ~ 2012
U.F.R. DE MEDECINE~PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUTTRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.FIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**

UFR Anglais

Mme Michèle **GUIGOT**

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique

M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Mallet :

Merci d'avoir accepté de présider mon jury. C'est un honneur. J'ai eu beaucoup de plaisir à être étudiante puis interne dans votre service.

Au Professeur Ducrotté, au Professeur Dacher :

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci pour votre disponibilité.

Au Docteur Mouterde :

Un très grand merci pour votre patience (il m'a fallu un certain temps pour parvenir à cerner mon sujet...), votre disponibilité (un entretien à la campagne !) et la très grande qualité de votre encadrement au cours de ce travail. Votre rigueur et votre esprit de synthèse m'ont considérablement aidé à rédiger cette thèse.

Au Docteur Ladner :

Merci pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée en acceptant de superviser ce travail, particulièrement pour ce qui concerne la méthodologie, la réalisation de l'enquête et le traitement de ces résultats. Sans vous ce travail aurait manqué de précision !

Au Docteur De Santis :

Merci de m'avoir aidé à poser les « fondations » de ce travail. Cela n'a pas été la partie la plus simple ! Mais avant tout, merci de m'avoir transmis l'amour de notre travail en tant que médecin généraliste en me faisant connaître une autre médecine. Ce stage à vos côtés a été le semestre le plus enrichissant de mon internat !

A Pierre, mon merveilleux mari. Merci d'avoir cru en moi à tout moment, et particulièrement quand moi, je n'y croyais plus... Merci d'avoir respecté mes périodes de doutes. Merci de m'avoir sans cesse encouragée et valorisée, mais par-dessus tout, merci pour ton amour. Je suis heureuse d'avoir parcouru tout ce chemin avec toi, tu es la meilleure chose qui ne me soit jamais arrivée...

A Matthieu, Noé et Lucie, nos trois petits soleils, notre plus belle œuvre commune ! Je vous aime !

A maman, qui « m'a mise sur les rails »... Si j'en suis là aujourd'hui, c'est que tu étais là au départ. Merci d'avoir toujours fait ce que tu as pu pour nous...

A papou, à mamie t, vous avez été un refuge, un modèle...

A mes amies, et aussi mes amis, qui n'ont jamais manqué de m'encourager et de voir en moi un « super futur médecin » ! Quelle pression, je tâcherai d'être à la hauteur ! Soyez ici remerciés, car vos encouragements m'ont souvent aidé à tenir le cap !

A special thanks to Alex, pour son aide côté informatique. Grâce à toi, Google Doc® n'a plus de secret pour moi !

Merci également à Manu, informatique toujours, pour les précieux conseils de mise en page et autres conseils en tout genre. Toujours fiable et disponible, merci !

Merci à Sophie Quéant, Etienne et Anne Carpentier, et Thibaut Hesse qui ont relevé le défi d'illustrer la fiche pratique ! Merci pour cette touche d'humour et de bonne humeur !

Merci à mes beaux-parents, Pierre et Cathy, pour votre constante disponibilité, et votre désir permanent de nous aider.

Merci à mon frère, d'être mon frère, et à Lauren, d'être une super belle sœur. Que 2012 soit pour vous la meilleure des années !

Dédicace :

*A Celui qui est au-dessus de tous et de toutes choses,
en qui je crois et en qui j'espère.*

SOMMAIRE :

PARTIE A : L'ENFANT ET LA CONSTIPATION	18
I. Introduction :	19
II. De l'enfant sain à l'enfant constipé :	20
1. Définitions :	20
2. Epidémiologie :	22
3. Rappels anatomo-physiologiques : le complexe ano-rectal :	24
4. L'acquisition de la propreté :	25
5. Physiopathologie de la constipation fonctionnelle :	27
5.1 Circonstances pouvant favoriser une constipation chez l'enfant :	27
5.2 La constipation peut être passagère :	29
5.3 Pérennisation de la constipation :	29
6. Symptômes et conséquences :	31
III. Prise en charge de la constipation fonctionnelle de l'enfant :	33
1. Eliminer une cause organique :	33
1.1 Chez le nouveau-né :	33
1.2 Chez le nourrisson :	35
1.3 A tout âge :	37
2. La constipation fonctionnelle de l'enfant en médecine générale :	40
3. Place des examens complémentaires dans le cadre de la constipation fonctionnelle :	40
4. Traitement de la constipation fonctionnelle de l'enfant :	41
4.1 Evaluer la sévérité de la constipation :	41
4.2 Adhésion de la famille au traitement :	42
4.3 Diététique et hygiène de vie :	43
4.4 Traitement médicamenteux :	44
4.5 Réévaluation et suivi :	46
5. Cas particulier des enfants encoprétiques :	47
IV. Conclusion :	49

PARTIE B : ETUDE DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION FONCTIONNELLE DE L'ENFANT EN SOINS PRIMAIRES : ENQUETE AUPRES DE 68 MEDECINS GENERALISTES HAUTS-NORMANDS.....	50
I. Introduction :	51
II. Méthodologie :	52
1. Constitution de l'échantillon :	52
2. Elaboration des questionnaires :	52
2.1 Questionnaire adressé aux médecins généralistes :	52
2.2 Questionnaire adressé au « panel d'experts » :	53
3. Enquête :	53
III. Résultats :	54
1. Taux de réponse :	54
2. Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes :	55
2.1 Profil des médecins généralistes de notre échantillon :	55
2.2 Population des médecins généralistes en Haute-Normandie :	59
3. Résultats de l'enquête :	60
3.1 Les cas cliniques :	60
3.2 Questions générales à propos des modalités de prise en charge des enfants constipés :	69
4. Le ressenti des médecins interrogés :	75
IV. Discussion :	77
1. A propos de la méthodologie :	77
2. A propos de notre échantillon :	78
3. Les résultats de notre enquête :	79
3.1 Les cas cliniques :	79
3.2 Les questions générales :	81
V. Conclusion :	85
ANNEXES	86
Annexe 1 : Questionnaire « papier » adressé aux Médecins Généralistes.	87
Annexe 2 : Questionnaire « mail » adressé aux Médecins Généralistes.....	93
Annexe 3 : Fiche pratique destinée aux Médecins Généralistes.....	99
BIBLIOGRAPHIE.....	102

PARTIE A : L'ENFANT ET LA CONSTIPATION

I. Introduction :

La constipation de l'enfant est une affection très fréquente puisque **30% des enfants d'âge scolaire** sont, ou ont été pendant une période de leur vie, constipés. Cette incidence tend à croître dans les **pays industrialisés**, du fait des modifications des habitudes alimentaires.

La constipation de l'enfant est **fonctionnelle dans la très grande majorité des cas**, mais une origine organique doit être systématiquement éliminée.

La constipation fonctionnelle peut devenir gênante du fait de ses **conséquences physiques** (douleur abdominale, fissure, encoprésie...) **ou psycho-sociales**. Son traitement est pourtant simple et bien codifié. Initié précocement, il permet d'éviter la chronicisation de ce trouble et de prévenir la survenue de ses complications.

Ce chapitre est une **synthèse des recommandations actuelles**. Il a pour but de faire le point sur les mécanismes physio-pathologiques à l'origine de la constipation, sur ses conséquences et sur sa prise en charge.

II. De l'enfant sain à l'enfant constipé :

1. Définitions :

Les auteurs ne sont pas unanimes quant à la définition de la constipation chez l'enfant. La constipation se définit communément par « l'émission trop rare de selles trop dures » [22].

Cependant, les « habitudes digestives » normales sont très variables d'un enfant à l'autre. La fréquence normale des selles évolue en fonction de l'âge [Tableau 1], des habitudes alimentaires et du mode d'alimentation chez les nourrissons [4]. Elle ne peut donc être un critère de définition unique. Les nourrissons allaités peuvent avoir de 6 selles par jour à une selle par semaine. Le lait maternel étant probablement complètement absorbé chez certains nourrissons, ceux-ci ont moins de selles que les nourrissons nourris au biberon. On parle de « constipation au lait de mère », mais ce terme est impropre, la diminution de fréquence des selles étant tout à fait physiologique [30].

Tableau 1 : Fréquence normale des selles en fonction de l'âge.

Age :	Fréquence moyenne des selles par jour :
<u>De 0 à 3 mois</u> :	
- Allaitement maternel :	2,9
- Lait maternisé :	2,0
<u>De 6 à 12 mois</u> :	1,8
<u>De 1 à 3 ans</u> :	1,4
<u>A partir de 6 ans</u> :	1,0

[4]

Ainsi, plusieurs groupes d'experts, européens et nord-américains, se sont réunis afin d'harmoniser ces critères diagnostiques.

Dans cette thèse, nous adopterons les **critères de Rome 3** [Tableau 2] définis par un comité d'experts international. Cette définition prend en compte la fréquence et la consistance des selles, mais également les troubles secondaires à cette constipation (comportement rétentionnel, douleur...).

Tableau 2 : Définition de la constipation fonctionnelle selon les critères du Rome III.

Chez des enfants de 4 ans et plus, survenue d'au moins 2 des évènements suivants 1 fois par semaine ou plus, depuis au moins 2 mois :

- Moins de 3 selles par semaine, dans les toilettes.
- Au moins 1 épisode d'incontinence fécale par semaine.
- Position ou comportement rétentionnel.
- Défécation difficile ou douloureuse.
- Présence d'une grosse masse fécale intra-rectale, perçue au TR ou à la palpation abdominale.
- Existence de grosses selles pouvant obstruer les toilettes.

[1, 11]

Il faut noter que cette définition est limitée du fait de la restriction de l'âge puisqu'elle considère des enfants de plus de 4 ans ayant acquis la propreté [32, 44].

Une récente étude turque portant sur 485 enfants a évalué la sensibilité et la spécificité de ces critères [1]. Elle a montré que 33 enfants (6.8%) n'étaient pas reconnus comme constipés par les critères du Rome III du fait de la restriction d'âge. Cependant, toutes les définitions actuelles considèrent des enfants de plus de quatre ans.

Pour l'anecdote, l'item « *existence de grosses selles pouvant obstruer les toilettes* » fait partie des critères européens et nord-américains. Pourtant, le diamètre du tuyau d'évacuation des toilettes est beaucoup plus large en Europe, et donc moins facile à obstruer...

Dans 95% des cas, la constipation de l'enfant est **fonctionnelle**. Dans 5% des cas, elle est d'origine **organique**, c'est-à-dire secondaire à une pathologie sous-jacente [10, 23, 43].

Ce travail s'intéresse à la prise en charge de la constipation fonctionnelle de l'enfant. Bien que rare, une origine organique doit systématiquement être recherchée, et nous verrons plus loin dans ce travail comment le faire dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

2. Epidémiologie :

La constipation chez l'enfant est un problème très fréquent. En effet, jusqu'à **30 % des enfants d'âge scolaire** sont, ou ont été pendant un temps de leur vie, constipés [8, 22]. Dans les pays industrialisés, on observe une augmentation constante de cette prévalence, due à la sédentarité et aux modifications des habitudes alimentaires [22, 30].

D'après l'Observatoire Français de Médecine Générale, la constipation de l'enfant occupe **2% de l'ensemble des consultations d'un médecin généraliste**, et **5% de son activité pédiatrique** [5, 16, 36].

25 à 30 % des consultations de gastro-pédiatrie concernent ce problème [4, 16, 22].

D'après la littérature, ces données sont comparables en Europe, aux Etats-Unis et au Brésil [10].

On retrouve une histoire familiale chez 28 à 50% des enfants constipés, et l'incidence est plus élevée chez les jumeaux monozygotes, ce qui suggère l'existence d'un terrain génétique [1].

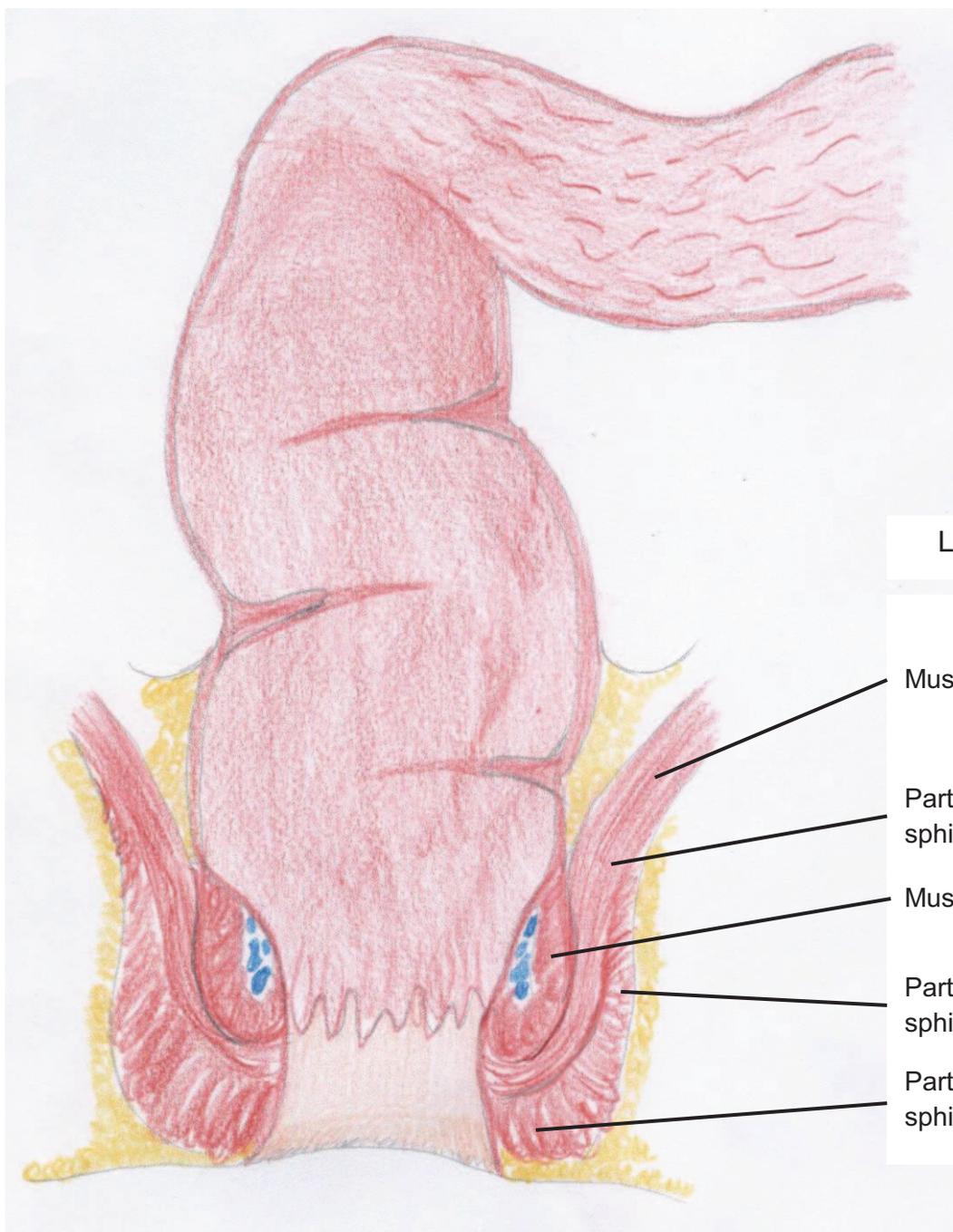
Il existe un premier pic d'incidence vers l'âge de 2-3 ans, correspondant à l'apprentissage de la propreté. Environ 20 % des enfants se constipent à cette occasion, tout l'enjeu étant de ne pas laisser ce trouble se pérenniser [43]. Il y a ensuite d'autres pics d'incidence aux moments des grands caps : entrée à la maternelle, au CP et au collège.

La constipation chronique peut se compliquer d'encoprésie. Dans la population générale, 1 à 3% des enfants sont un jour concernés [8].

Les garçons souffrent trois fois plus souvent d'encoprésie que les filles [4], et seraient peut-être plus souvent constipés, mais les auteurs ne sont pas unanimes.

D'après la littérature, entre 30 et 60% des enfants constipés sont guéris après 1 an et jusqu'à 70% après cinq années [10, 42, 43]. D'après certaines études, jusqu'à 30% des enfants présentant une constipation fonctionnelle continuent à avoir des problèmes après leur puberté [44].

Schéma 1 : Anatomie du rectum et du canal anal :



L'appareil sphinctérien :

Muscle releveur de l'anus

Partie profonde du muscle sphincter externe

Muscle sphincter interne

Partie superficielle du muscle sphincter externe

Partie sous-cutanée du muscle sphincter externe

Planche tirée de « *l'Atlas d'Anatomie Humaine*, 4^e édition, par Frank H. Netter MD, aux éditions MASSON [35]

L'enfant qui se retient a une attitude caractéristique : il est penché en avant, le bassin antéversé, et se hisse souvent sur la pointe des pieds. Les fesses sont portées en arrière, l'effort de poussée ne suit plus le canal anal, mais « appuie » sur le périnée antérieur, ce qui empêche l'exonération des selles [Schémas 2 et 3].

Lorsqu'il se rend aux toilettes, il doit fournir un effort de poussée important. Si la constipation devient chronique, cet effort de poussée entraîne, à long terme, un risque de survenue de complications locales (hémorroïdes ou diverticules).

Chez cet enfant le rectum n'est jamais vide. Les selles s'accumulent, entraînant fuites et douleurs. La perception du besoin disparaît peu à peu du fait de la présence permanente de selles.

4. L'acquisition de la propreté :

Chez le nourrisson, la défécation est un phénomène réflexe : l'irruption de selles dans le rectum entraîne le relâchement réflexe du sphincter interne et l'exonération des selles. C'est le réflexe recto-anal inhibiteur.

Entre 18 et 24 mois, la sensation de besoin liée à l'augmentation de la pression intra-rectale devient peu à peu consciente. Le système nerveux de l'enfant devient mature et permet l'apprentissage de la propreté, pour aboutir à un **contrôle actif de l'exonération vers 27 mois en moyenne**.

L'apprentissage de la propreté est une période clé du développement de l'enfant. Elle nécessite un système nerveux mature, un environnement social et familial favorable. L'acquisition de la propreté ne se fait pas en un jour.

Il est inutile de vouloir conditionner un enfant de moins d'un an à aller sur le pot : son système neurologique est immature. Certes, on peut repérer le moment où il émet une selle postprandiale, et le maintenir assis sur le pot, mais cela reste une « selle-réflexe » qui ne permettra pas à l'enfant d'apprendre à devenir propre plus tôt. Cela peut au contraire induire un blocage et une constipation secondaire.

Tous les enfants ne se développent pas au même rythme. On peut proposer le pot quand l'enfant sait le réclamer, ou accepte de s'y assoir. Retirer la couche devient intéressant quand l'enfant a conscience qu'il se souille et en éprouve de la gêne. L'entrée à la maternelle induit souvent une grande pression parentale : *en septembre, il faut que votre enfant soit propre, pas de couche à l'école*. Mais un apprentissage trop précoce

Schémas 2 et 3 : Effets de la poussée abdominale en fonction de la position du bassin.

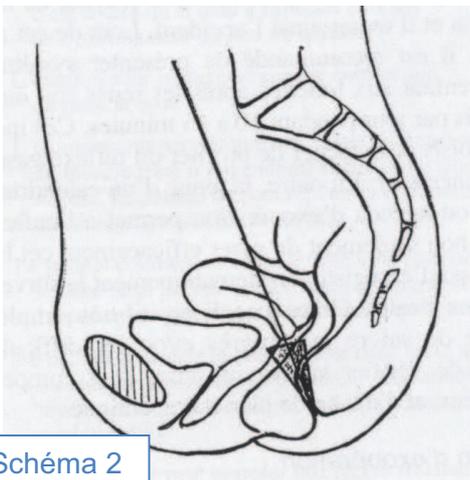


Schéma 2

Le bassin est rétroversé, la poussée abdominale passe par le canal anal.

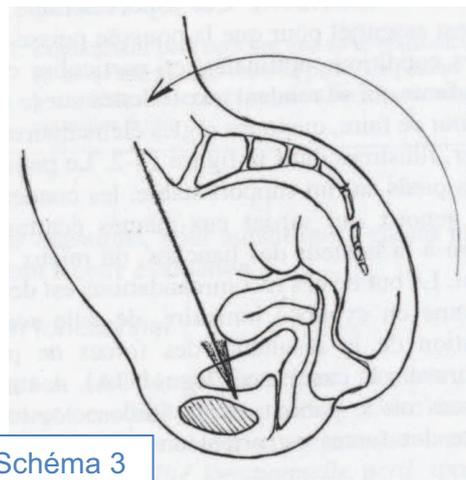


Schéma 3

Le bassin est antéversé dans un effort de rétention, l'effort de poussée est orienté sur le périnée antérieur.

*Schémas issus du livre de Raymond Reding
« Pathologie anorectale de l'enfant et de l'adolescent »
aux éditions FLAMMARION [40]*

est inutile et se solde fatalement par un échec. Trop insistant, il est souvent source de conflit et de constipation secondaire.

Malheureusement, cette période d'apprentissage de la propreté coïncide souvent avec l'âge des contestations... L'enfant peut choisir d'émettre ou non ses selles ou ses urines en fonction des bénéfices secondaires qu'il obtient.

Il devient rapidement conscient de l'intérêt qu'il suscite en devenant propre. Ses parents abandonnent la tâche en cours pour lui apporter le pot le plus vite possible et la famille s'émerveille de ce que l'enfant voudra bien y laisser !

A contrario, il peut s'amuser des drames qu'il provoque s'il se souille et recommencer volontairement pour attirer de nouveau l'attention sur lui.

L'éducation à la propreté est une « guidance ». Plutôt que « faire à sa place », l'adulte aide l'enfant à devenir autonome. On peut lui faciliter cet apprentissage en rendant les toilettes accessibles : des vêtements faciles à enlever, un marchepied pour accéder aux toilettes et s'y assoir confortablement, ainsi qu'un réducteur de lunette. On pensera aussi à la propreté et à la température des lieux.

Si l'enfant préfère son pot, il faudra déterminer un emplacement stratégique qui permettra à l'enfant d'y accéder rapidement !

Dans tous les cas, il faut l'encourager à chaque progrès, lui montrer qu'on est fier de le voir passer du statut de bébé à celui de « grand ». Ne pas se braquer si l'enfant n'est pas propre aussi rapidement qu'on le souhaiterait, il faut parfois faire une pause, remettre les couches et réessayer un peu plus tard.

5. Physiopathologie de la constipation fonctionnelle :

De nombreux facteurs peuvent induire ou pérenniser une **constipation fonctionnelle**. Des facteurs alimentaires, de probables facteurs génétiques [1], mais aussi des facteurs ou des blocages psychologiques [43].

Il est important **d'identifier la cause de cette constipation** car elle conditionne la prise en charge de l'enfant. Par exemple, le régime n'a aucune incidence chez un enfant constipé qui se retient car il a peur des toilettes de l'école, ou peur d'avoir mal... En revanche, il est fondamental chez un enfant qui boit du soda toute la journée.

5.1 Circonstances pouvant favoriser une constipation chez l'enfant :

5.1.1 Chez le nourrisson :

- Certains enfants sont constipés depuis la naissance, sans le moindre signe d'organicité. Ils grandissent tout à fait normalement, mais présentent des signes de dyschésie (ils « poussent très fort », pleurent et « deviennent rouges » lorsqu'ils vont à la selle). Les parents sont anxieux, et suivent de près le rythme des selles de leur enfant. Souvent l'un d'eux est constipé... On parle de **constipation idiopathique chronique**, ou de **tendance à la constipation**. Il n'y a pas de pathologie sous-jacente. Sa prise en charge est du ressort du médecin traitant. Des conseils diététiques (eau d'hépar) sont en général suffisants, mais des laxatifs au long cours sont parfois nécessaires.
- Il faut rechercher une **mauvaise reconstitution des préparations pour nourrissons** ou un **excès de farine ou d'épaississant**. Une quantité d'eau insuffisante peut induire une constipation chez un nourrisson.
- Nous avons parlé plus haut du cas des **nourrissons allaités**. Il faut rassurer les parents, leur expliquer qu'il est fréquent de n'avoir que 2 ou 3 selles par semaine, parfois même une seule... On a même vu publié le cas d'une selle par mois [30] ! Ces nourrissons ne sont pas constipés.

5.1.2 Lors de la période d'acquisition de la propreté :

Nous en avons longuement parlé au chapitre précédent. Environ 20% des enfants se constipent lors de l'apprentissage de la propreté [43].

5.1.3 Chez l'enfant d'âge scolaire :

➤ Certains enfants ont un **régime alimentaire inadéquat**, qui peut être directement responsable d'une **constipation modérée**. Certains enfants boivent très peu d'eau, mais beaucoup de Coca-Cola ®, et de nombreux enfants aiment peu, ou bien n'ont pas pris l'habitude de consommer des légumes [30].

➤ **L'école** est particulièrement pourvoyeuse de constipation secondaire. On observe 3 grands pics d'incidence : 3 ans, 6 ans et 11 ans correspondant à l'entrée en maternelle, au CP et au collège.

Une étude suédoise portant sur « **La Perception des Toilettes Scolaires** chez 386 enfants interrogés de 6 à 16 ans » est particulièrement intéressante [24].

- Celle-ci montre que l'entrée à l'école change les routines des enfants. Ainsi, 25% d'entre eux n'urinent jamais à l'école, et 80% ne vont jamais à la selle à l'école ! Ces enfants disent préférer se sentir inconfortables plutôt que d'utiliser les toilettes scolaires.

- Les raisons invoquées sont les mauvaises odeurs, la malpropreté des lieux et les difficultés d'accès. Le papier n'est à disposition que dans 40% des cas, le savon dans 25%... Il faut parfois demander les clefs au professeur (17% des cas) ou traverser la cour pour gagner des toilettes extérieures non chauffées ! Les toilettes ferment parfois mal (22% ont des difficultés à fermer les toilettes, 40% peuvent être ouverts de l'extérieur même si ils sont occupés), les enfants ne peuvent les utiliser tranquillement.

- Il est intéressant de noter que le ressenti des enfants a été croisé avec des données objectives. Les auteurs de l'étude ont en effet inspecté les toilettes scolaires, et ont noté que les mauvaises odeurs étaient bien présentes dans 7 écoles sur 8, que les WC n'étaient pas nettoyés dans 6 écoles sur 8...

- La plupart du temps, les professeurs ne sont pas au courant des difficultés rencontrées par les enfants, ni de l'état des toilettes.

Cette étude permet de mieux comprendre combien l'école peut être à l'origine d'une constipation secondaire. Si l'enfant ressent le besoin d'aller à la selle mais ne veut pas utiliser les toilettes de l'école, il va prendre l'habitude de se retenir. De retour chez lui, la sensation de besoin aura disparu, jusqu'au lendemain, à l'école...

5.2 La constipation peut être passagère :

- Chez un enfant qui se retient quand il **change d'environnement** (*propreté douteuse des toilettes du camping, ou vacances à l'extérieur de la maison...*).
- Chez un **enfant alité car il est malade, ou immobilisé lors d'un voyage**.
L'enfant malade s'alimente et surtout boit moins. S'il a de la fièvre, celle-ci peut majorer la déshydratation.
Dans un contexte de voyage prolongé, l'inaccessibilité immédiate des toilettes, leur malpropreté sur les autoroutes ou à bord d'un train peuvent inciter l'enfant à se retenir.
Là encore, la chaleur dans une voiture peut entraîner une part de déshydratation [30].

Ces différentes situations peuvent être améliorées par des mesures simples. Par exemple veiller à une hydratation suffisante, prévoir des « pauses-pipi » confortables aussi souvent que possible, inciter l'enfant à « anticiper » et le rassurer à propos des toilettes extérieurs à ceux de la maison. Parfois, un traitement laxatif ponctuel peut s'avérer nécessaire.

5.3 Pérennisation de la constipation :

Les évènements cités dans les paragraphes précédents peuvent être à l'origine d'une constipation chronique. :

- Une tendance à la constipation peut s'aggraver pour devenir une constipation terminale secondaire,
- Un évènement transitoire qui a induit une constipation passagère peut conduire l'enfant à se retenir régulièrement. D'autant plus si une selle douloureuse lui a laissé un mauvais souvenir, responsable d'une appréhension vis-à-vis de celles à venir. L'enfant se retient, la constipation se chronicise...
- La période d'acquisition de la propreté peut marquer le début d'une constipation chronique, surtout si cet apprentissage est conflictuel vis-à-vis des parents. L'enfant résiste à la pression parentale et à ce qu'on attend de lui, et là encore, il commence à se retenir...
- Enfin, l'école et ses grands caps (maternelle, CP, collège) est un terrain favorisant la constipation chronique, puisque l'enfant est confronté tous les jours à ce qui le gêne pour aller à la selle (manque d'intimité, difficultés d'accès aux toilettes, malpropreté...).

Quelque soit la cause initiale, le mécanisme de la constipation est ensuite un véritable cercle vicieux, conditionné essentiellement par le fait que l'enfant se retient.

Les selles s'accumulent et sont de plus en plus difficiles à émettre, l'enfant peut se plaindre de douleurs abdominales, de douleurs ou de saignement à l'exonération, ce qui l'amène à se retenir d'avantage.

Si la situation perdure, la constipation peut s'aggraver. L'anus peut rester entrebâillé en permanence du fait de la présence d'un fécalome intra-rectal, l'enfant perd alors la sensation du besoin, et une encoprésie involontaire apparaît car les selles « glissent » le long du fécalome...

L'enfant s'accoutume progressivement à l'odeur, et perçoit de moins en moins ces souillures [29]. De plus, l'enfant peut parfois trouver à cette situation des bénéfices secondaires : la vie familiale peut se centrer sur le problème de l'enfant ou s'adapte autour ce trouble. Nous en parlerons un peu plus loin au cours de ce travail.

Dans tous les cas, il est fondamental de repérer le mécanisme à l'origine du problème de constipation de l'enfant, et le cercle vicieux qui en résulte. En effet, la prise en charge sera d'autant plus efficace qu'elle ciblera à la fois la constipation, ses causes et ses conséquences.

6. Symptômes et conséquences :

La constipation fonctionnelle n'est pas une maladie, c'est un symptôme. Son traitement est relativement simple et efficace.

Mais une constipation chronique peut avoir de nombreuses conséquences, plus ou moins graves et faciles à prendre en charge. Ce sont souvent ces complications qui incitent les parents à consulter.

- **Les douleurs abdominales chroniques** sont, de loin, le motif de consultation le plus fréquent. Les parents ne font pas systématiquement le lien avec la constipation, en particulier chez un enfant autonome dont on ne surveille plus le transit. Il faudra donc penser à la rechercher systématiquement. La constipation est directement responsable de douleurs abdominales dans 30% des cas [1, 22].
- **Des rectorragies** peuvent survenir s'il existe une **fissure** [schéma 4]. On peut également observer **une cicatrice fibreuse** qui peut persister plusieurs mois après la fissure et qu'il faut différencier d'une hémorroïde.
- **Des hémorroïdes** ou **une marisque** peuvent survenir chez un adolescent ayant un long passé de constipation. Dans ce contexte, l'effort de poussée est en cause. Ce sont des complications survenant à très long terme, que l'on n'observe jamais chez l'enfant.
- **Les boules vasculaires** [schéma 5] sont par contre fréquemment observées, correspondant à la congestion d'une veine péri-anale lors de l'effort de poussée, et disparaissant sitôt cet effort terminé. Ce ne sont pas des hémorroïdes, il faut rassurer les parents quant à leur banalité et leur innocuité.
- **L'anite infectieuse** [schéma 6] est une infection des tissus mous péri-anaux. Elle est le plus souvent due à un streptocoque β -hémolytique et se manifeste par une cocarde congestive péri-anale.
- **L'encoprésie** est associée à une constipation dans plus de 90% des cas [1]. L'encoprésie survient chez 1 à 3% des enfants [8]. La plupart du temps, il s'agit de selles liquides émises en petite quantité, on parle de **souillures**. Les parents considèrent parfois à tort qu'il s'agit de diarrhées, d'où le terme de « **fausses diarrhées des constipés** ».

Schéma 4 : fissure anale :



Photo : Dr Marc Bellaïche

Schéma 5 : boule vasculaire lors d'un effort de poussée :



Photo : Dr Olivier Mouterde

Schéma 6 : anite streptococcique :



Photo : Dr Olivier Mouterde

- La constipation peut se compliquer de **fuites**, ou **d'infections urinaires répétées** (surtout chez les filles). Ces symptômes urinaires sont retrouvés chez 9 à 13% des enfants présentant une constipation chronique [1]. L'accumulation de selles intra-rectales entraîne une compression vésicale, une diminution de sa capacité de réplétion, d'où une sensation de besoin plus précoce. De plus, des spasmes permanents du plancher pelvien empêchent la relaxation complète de la vessie, d'où l'existence de résidus post-mictionnels.
- Il faut citer la **recherche de bénéfices secondaires**. Quelquefois, l'enfant trouve en effet des avantages à rester constipé. Ses parents ont des attentions particulières, surveillent de près son transit et peuvent même être amené à adapter en partie la vie familiale autour de cette constipation...
- L'encoprésie a des **conséquences psycho-sociales** dramatiques. Elle gêne l'intégration scolaire, l'enfant restant à l'écart de ses camarades du fait des souillures malodorantes et des moqueries.
Pourtant, le traitement d'une encoprésie est efficace et radical. Le diagnostic est souvent retardé car l'enfant et ses parents hésitent à parler à leur médecin de tels troubles jugés « honteux ». L'encoprésie est donc un élément à rechercher chez tout enfant constipé, afin d'y mettre rapidement fin.

Nous y reviendrons un peu plus loin au cours de ce travail.

III. Prise en charge de la constipation fonctionnelle de l'enfant :

1. Eliminer une cause organique :

La constipation de l'enfant est fonctionnelle dans la très grande majorité des cas. Bien que rare, une cause organique doit être systématiquement recherchée par le médecin généraliste, afin que ces enfants soient correctement orientés.

Les trois signes cliniques d'organicité suivants sont à rechercher : **débâcle à l'introduction du thermomètre, subocclusion (*météorisme abdominal, vomissements bilieux*) et retard de croissance**

Ce chapitre n'a pas pour but de lister l'ensemble des étiologies organiques, mais de proposer une démarche pratique afin de repérer ces quelques cas particuliers parmi les très nombreux cas de constipation fonctionnelle. L'âge des enfants va nous servir de guide, la quasi-totalité des causes organiques se révélant dès les premiers mois de vie.

1.1 Chez le nouveau-né :

1.1.1 Rechercher un retard d'élimination du méconium :

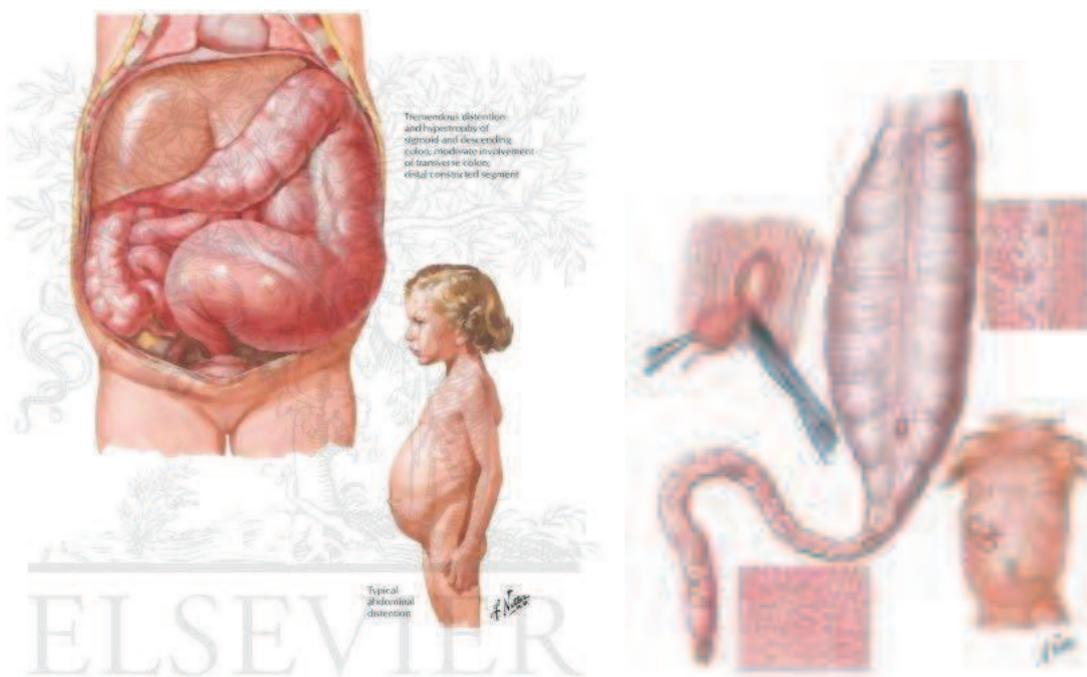
Le méconium est normalement émis dans les 48 premières heures de vie.

- **La maladie de Hirschsprung** est la cause de constipation organique la plus fréquente [23]. Elle correspond à l'absence de cellules ganglionnaires sur une zone plus ou moins étendue du tube digestif à partir du rectum. Le tube digestif concerné ne se dilate pas en présence de selles, et il en résulte une stase en amont [schémas 7, 8, 9].

Le diagnostic repose sur la manométrie anorectale qui objective l'absence de réflexe recto-anal inhibiteur, et sur la biopsie rectale qui confirme l'absence de cellules ganglionnaires. Sa prise en charge est chirurgicale par abaissement du colon sain.

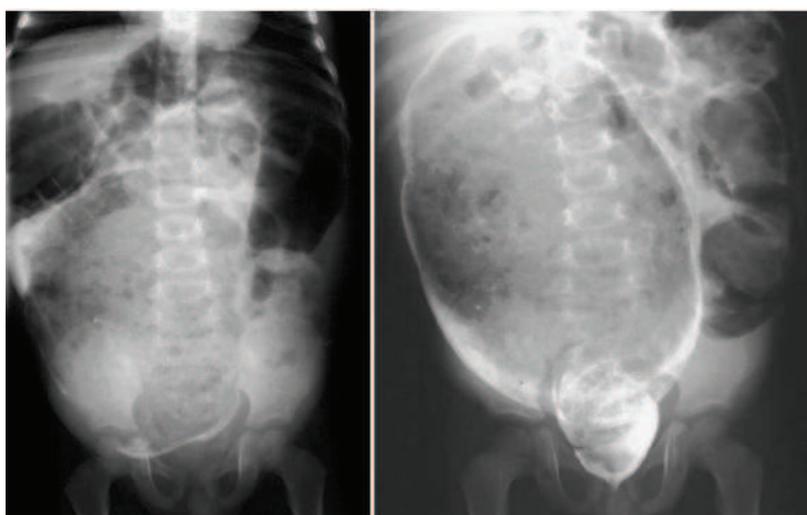
La quasi-totalité des maladies de Hirschsprung se révèle par un tableau occlusif néonatal et est diagnostiquée à la maternité. Si le diagnostic est porté plus tard, ce qui est rare, l'histoire est évocatrice (épisodes sub-occlusifs, débâcles fécales, et retard de croissance).

Schéma 7 : Aganglionose distale dans le cadre d'une maladie de Hirschsprung.



Images : <http://www.netterimages.com>

Schéma 8 : ASP montrant une importante stase stercorale et une aérocolie.



Images : <http://www.fascicules.fr>

Schéma 9 : Le lavement baryté délimite la zone aganglionnaire.

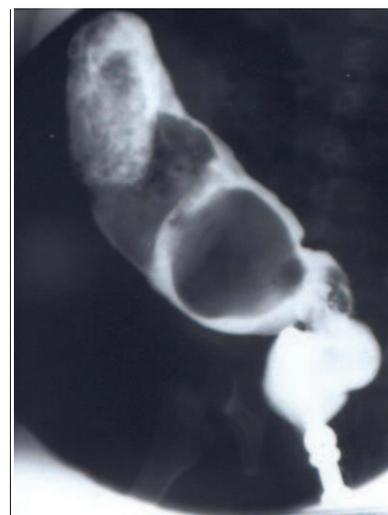


Image : Dr Olivier Mouterde.

- De nombreuses autres pathologies, dont la mucoviscidose, peuvent se manifester par un retard à l'émission du méconium. En pratique, une constipation associée à un retard d'élimination du méconium et à d'autres signes d'alerte (syndrome occlusif, retard de croissance, doute sur le développement neuropsychologique...) doit faire demander un avis spécialisé.

1.1.2 Rechercher des antécédents ou des symptômes associés :

- Il faut s'enquérir d'antécédents particuliers ou d'évènements périnataux qui pourraient orienter vers une **pathologie neurologique** (encéphalopathie, retard mental...) ou **congénitale** (myopathie...).

Certaines maladies congénitales font l'objet d'un dépistage systématique par le test au buvard à J3. Parmi elles, la **mucoviscidose** et l'**hypothyroïdie** peuvent s'accompagner d'une constipation. Les parents ne sont informés des résultats du test que lorsqu'il est positif.

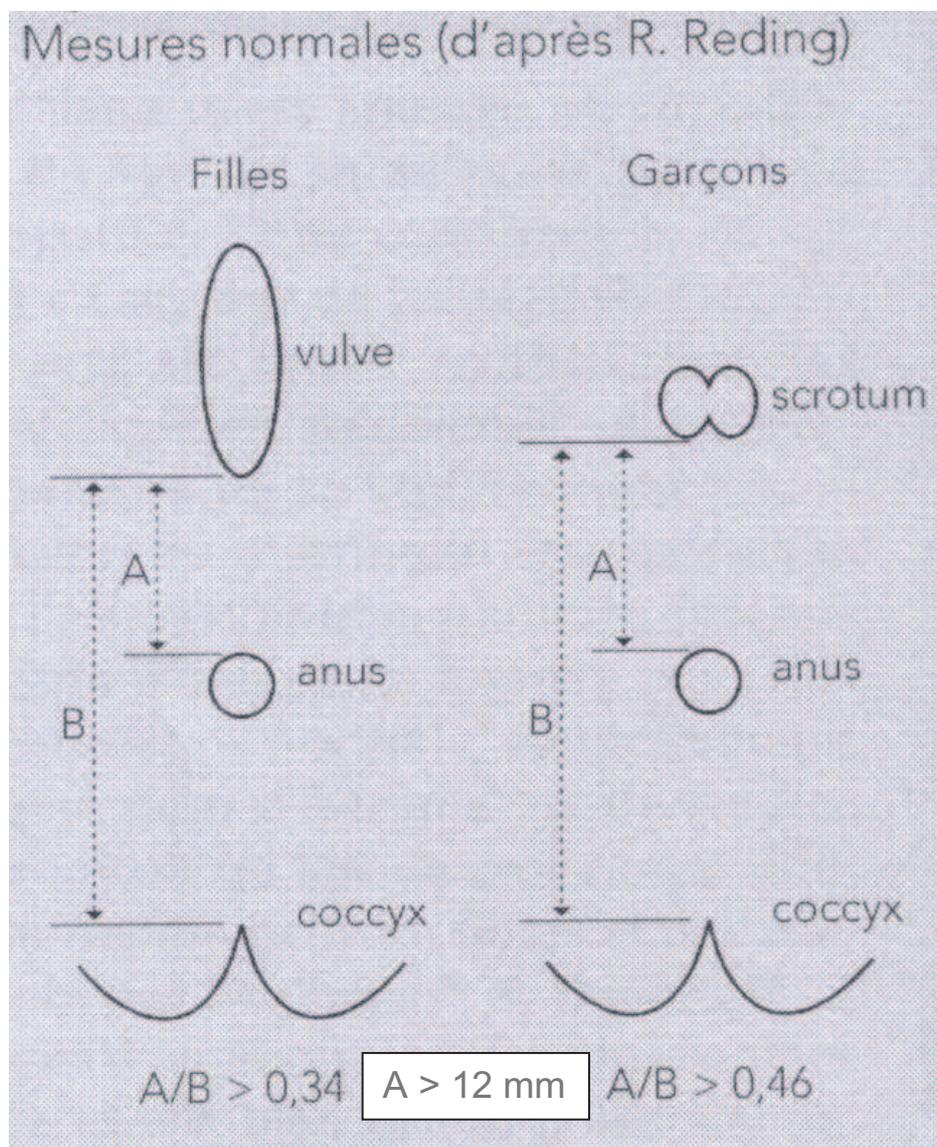
- A l'interrogatoire, on recherchera également la notion de ballonnement, de vomissements bilieux ou de douleurs abdominales.
- L'existence de selles « rubanées », oriente vers une **sténose anale**.

1.1.3 L'examen clinique :

Chez le nouveau-né, l'examen clinique permet de rechercher des signes d'alerte, certes, mais aussi de se faire une « impression générale » sur son développement et sur sa place au sein de la famille. Un nourrisson constipé, mais qui grossit correctement, qui dort bien et qui sourit à son entourage est d'emblée rassurant par rapport à un autre nourrisson constipé qu'on sentirait fatigué, peu intéressé par ce qui l'entoure ou qui grossirait moins bien.

- L'examen abdominal recherche un **ballonnement**, un **tympanisme** ou la présence de **selles palpables**. Ces signes ne sont pas pathognomoniques d'une pathologie en particulier, mais sont des signes d'alerte.
- L'examen de la région ano-périnéale vérifie l'absence de **sténose anale** (qui est alors associée à l'émission de selles « rubanées ») ou de **malposition anale**. Chez le nourrisson de moins de 3 mois, la distance entre l'anus et les organes génitaux externes doit être supérieure à 12 mm [Schéma 10]. Dans le cas d'une antéposition de l'anus, l'effort de poussée ne se fait pas « dans l'axe », l'anus étant en avant du rectum.

Schéma 10 : Distance ano-vulvaire chez le nouveau-né.



- L'examen de la région lombo-sacrée recherche la présence d'une scoliose, de fossettes, d'une touffe de poils, d'un lipome, d'une anomalie de la consistance ou de la pigmentation de la peau. Ces signes peuvent orienter vers une **agénésie sacrée** ou une **pathologie neurologique** (spina-bifida, neuropathie périphérique).
- Une cassure des courbes de croissance témoigne d'un retentissement de cette constipation et doit faire suspecter une cause organique.
- Enfin, il ne faudra pas oublier d'apprécier le développement neuropsychologique de l'enfant.

1.2 Chez le nourrisson :

1.2.1 Lors de l'introduction du lait de vache :

L'**allergie aux protéines de lait de vache** (APLV) est la quatrième allergie alimentaire chez l'enfant, et souvent la première à apparaître, le lait étant le premier aliment consommé par le nourrisson. L'APLV peut présenter deux tableaux cliniques :

- Des manifestations immédiates, survenant moins de deux heures après l'ingestion d'un biberon (diarrhée, vomissement, urticaire aiguë, voire choc anaphylactique).
- Des manifestations retardées, principalement représentées par des troubles digestifs et un eczéma. La constipation peut être l'un de ces symptômes digestifs [7, 38].

On peut évoquer une APLV chez un nourrisson qui présente une constipation rebelle inexplicable, surtout si elle a débuté à l'introduction du lait de vache, ou s'il présente d'autres signes d'allure atopique [Tableau 3].

Tableau 3 : Manifestations retardées dans le cadre d'une Allergie aux Protéines de Lait de Vache :

Signes digestifs :	Signes cutanés :	Signes respiratoires :	Signes généraux :
Diarrhée. Stéatorhée. Constipation chronique. Régurgitations persistantes ou vomissements. Rectorragie. Refus du biberon.	Eczéma sévère résistant aux dermo-corticoïdes.	Rhinite. Conjonctivite. Asthme.	Prise de poids insuffisante. Trouble du sommeil. Irritabilité.

Devant une suspicion d'APLV, il est licite de demander un **dosage des IgE spécifiques**, et la réalisation de **Prick-tests**. Néanmoins, ces tests peuvent être négatifs dans le cas de manifestations retardées.

Devant une symptomatologie digestive ou cutanée chronique évoquante, on peut compléter ces tests par des « **Patch-tests** ». Le principe est d'appliquer une goutte de lait sur la peau, sous occlusion. La lecture a lieu après 48h, le test est considéré comme positif en présence d'un érythème et d'une induration, voire de vésicules. Un test, commercialisé sous le nom de Diallertest®, est disponibles en ville. Sa validité a été prouvée, il n'est pas remboursé (*environ 27 euros*) [Schéma 11].

Pour certains auteurs, ce test est recommandé en première intention dans le cadre de réactions retardées.

Si l'un (ou plusieurs) de ces trois tests est positif, l'APLV est avérée et conduit à un régime d'exclusion. La réintroduction du lait se fera à distance, en milieu hospitalier.

Si l'ensemble des tests est négatif, il convient de demander un avis spécialisé pour rechercher une autre cause.

1.2.2 Lors de la diversification :

La maladie cœliaque est une maladie auto-immune due à une intolérance au gluten. La pénétration de cette protéine dans la paroi intestinale provoque une atrophie des villosités intestinales. Il en résulte une malabsorption.

Les signes cliniques sont variés, on peut retrouver une constipation, mais une diarrhée de malabsorption avec stéatorhée est plus fréquente. [Tableau 4]

Tableau 4 : Signes cliniques dans le cadre d'une maladie cœliaque :

Signes digestifs :	Signes biologiques :	Signes généraux :
Diarrhée. Stéatorhée. Constipation chronique.	Anémie. Carence martiale. Carence en folates, en B12. Hypoprotidémie. Hypocalcémie, hypomagnésémie.	Stagnation pondérale ou amaigrissement. Dénutrition. Asthénie. Aphthose buccale.

Schéma 11 : Patch-test commercialisé en ville sous le nom de Diallertest®



Le kit comprend 2 patchs : un patch témoin, noté T par les parents, un patch « au lait », noté L par les parents. Les 2 patchs sont collés par les parents sur une zone de la peau dépourvue d'eczéma, au niveau des omoplates, et laissés en place 48h.

Sur l'image de droite, un test positif (érythème).

Selon les directives de la HAS [20] en cas de suspicion de maladie cœliaque, on dose d'abord les **IgA anti-transglutaminase et les IgA totales**. Si les IgA totales sont effondrées, on dose **soit les IgG anti-transglutaminases, soit les IgG anti-endomysium**. Si ces dernières sont positives, dans certains cas, le diagnostic devra être confirmé par une **biopsie duodénale**. De nouvelles recommandations de l'ESPHGAN viennent de paraître [12], proposant un algorithme décisionnel chez des enfants suspects de présenter une maladie cœliaque, afin de décider si une biopsie duodénale est nécessaire ou non. Le détail de ces algorithmes n'entre pas dans notre propos.

Le traitement repose sur un régime d'exclusion, il est extrêmement contraignant. Il est donc fondamental que le diagnostic soit posé avec certitude.

1.3 A tout âge :

On citera les étiologies organiques de cause extra-digestive : **hypercalcémie, hypomagnésémie, hypokaliémie, diabète**. Celles-ci se manifestent rarement par une constipation isolée, et le diagnostic est en général porté sur un ensemble de symptômes.

Un **bilan biologique** trouve ici sa place.

Cette liste n'est pas exhaustive. Quelque soit l'âge, il ne faut pas oublier d'examiner l'enfant, de rechercher des « signes d'alerte cliniques », et savoir suspecter une éventuelle maltraitance. Le [Tableau 5] et le [schéma 12] résument les causes organiques et fonctionnelles ; le [Tableau 6] les signes d'alerte devant faire évoquer une cause organique.

Tableau 5 : Principales étiologies organiques à éliminer chez un enfant constipé :

Causes chirurgicales :	Causes digestives :	Causes extra-digestives :
Maladie de Hirschsprung. Malformation ano-rectale (<i>sténose anale, malposition anale</i>). Atteinte médullaire (<i>compression médullaire, spina bifida</i>).	Pseudo-occlusion intestinale chronique. Maladie cœliaque. Allergie aux protéines de lait de vache. Dys-synergie sphinctérienne.	Hypothyroïdie. Diabète. Trouble métabolique (<i>hypercalcémie, hypomagnésémie, hypokaliémie</i>). Mucoviscidose.

[22, 30]

Schéma 12 : La constipation de l'enfant, principales causes organiques et fonctionnelles :

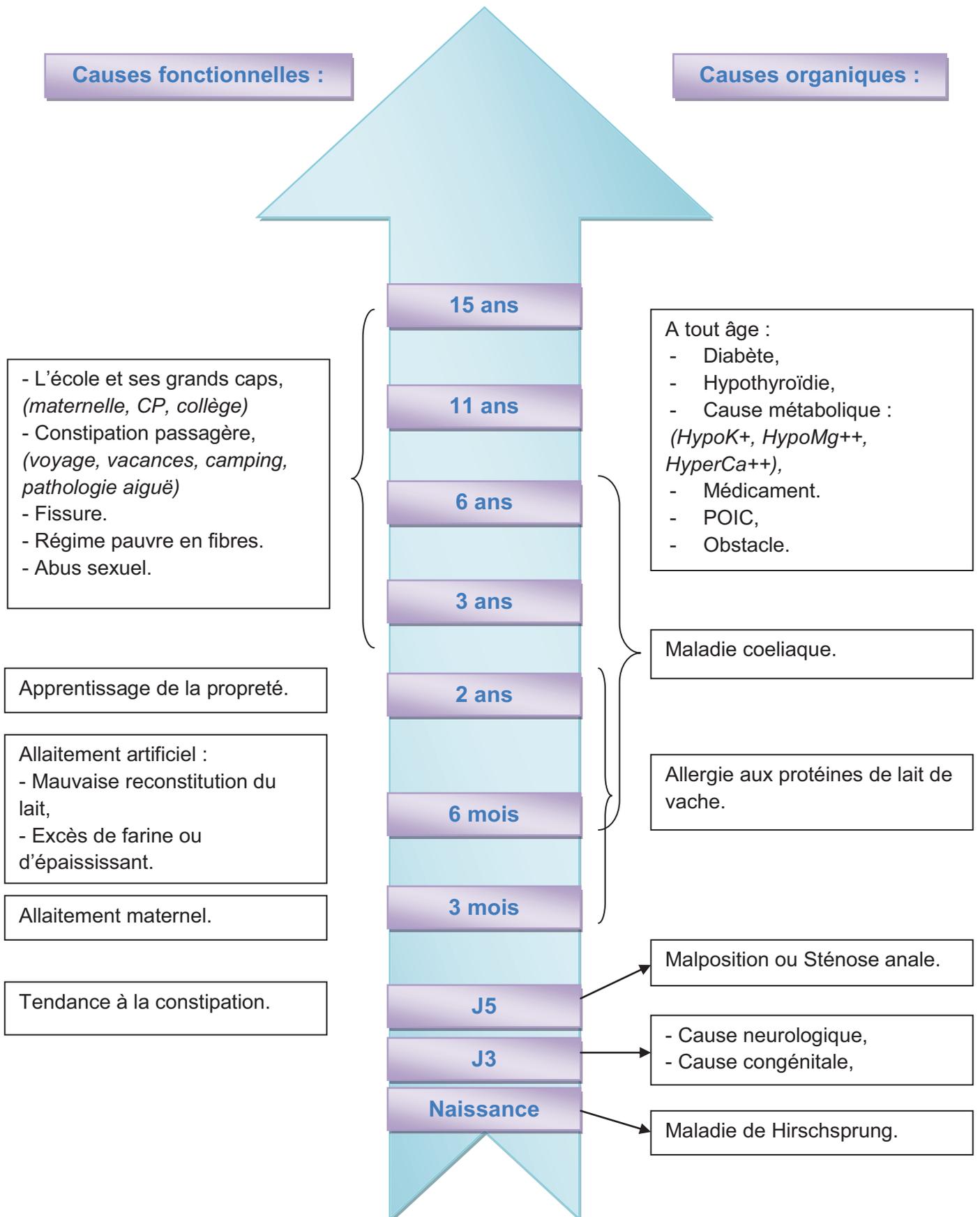


Tableau 6 : Signes d'alerte pouvant faire évoquer une origine organique :

Signes d'alerte à rechercher à l'interrogatoire :		
Questions à poser :	Signe d'alerte :	Orientation :
Date de l'émission du méconium ?	Méconium émis plus de 48h après la naissance.	Avis spécialisé après avoir recherché des signes en faveur d'un syndrome occlusif.
Apparence des selles ?	Selles « rubanées ».	Examen de la marge anale (<i>sténose ou malposition anale</i>). Avis chirurgical si anomalie avérée.
Antécédent particulier ou pathologie périnatale ?	Pathologie neurologique ou congénitale associée.	Avis spécialisé.
Signes en faveur d'un syndrome occlusif ?	- Vomissements, - Débâcle diarrhéique à l'introduction d'un thermomètre. - Ballonnement abdominal	Avis spécialisé.
Début de constipation coïncidant avec un changement de régime ?	- A l'introduction du lait de vache, - Lors de la diversification	- Rechercher une APLV - Avis spécialisé pour rechercher une maladie cœliaque.
Signes d'alerte à rechercher à l'examen clinique :		
A l'examen :	Signe d'alerte :	Orientation :
Inspection et palpation abdominale :	Ballonnement, distension abdominale.	- Avis spécialisé chez un nourrisson de moins de 1 an, ou en présence d'un syndrome occlusif associé. - Chez un enfant plus grand et en l'absence de symptôme occlusif, recherche d'un fécalome. Désimpaction colique initiale fondamentale avant le traitement laxatif.
Examen de la région périnéale :	- Aspect inhabituel de l'anus (<i>position, plissement de la marge anale, perforation incomplète, fistule</i>). - Fissure, cicatrice, hémorroïde chez un adolescent... - Condylome.	- Avis chirurgical. - Traitement des lésions. - Suspecter une maltraitance, un abus sexuel...
Examen de la région lombo-sacrée :	Trouble de la pigmentation, du revêtement cutané, naevus, pilosité anormale, fossettes...	IRM et avis spécialisé.
Examen général, Courbes de croissance :	- Retard de croissance staturo-pondérale, - Perte d'appétit, hypotonie.	- Rechercher d'autres signes d'alerte, - Avis spécialisé si doute.

[16, 34]

2. La constipation fonctionnelle de l'enfant en médecine générale :

Comme nous l'avons vu précédemment, la constipation de l'enfant est fréquente. Cependant l'expérience montre que c'est rarement un « **premier motif** » de consultation. La plupart du temps, les parents consultent pour une autre raison et en profitent pour aborder – rapidement -- le sujet. Parfois, c'est au cours d'un examen systématique que le médecin va mettre en évidence une constipation, ou bien la rapprocher d'autres symptômes (douleur abdominale, fissure, saignement...)

Une étude a été réalisée par M.Bellaïche en 2010 auprès de 2000 mères de nourrissons présentant des troubles fonctionnels intestinaux [3]. Parmi eux 737 étaient constipés. Les parents consultaient leur médecin traitant dans 74,5% des cas, mais seulement 14,5% de ceux-ci consultaient spécifiquement pour cette raison tandis que 57,9% abordaient le sujet lors des visites de routine.

Au vu des conséquences potentielles d'une constipation chronique, il semble important de la dépister et de la traiter efficacement.

Les examens systématiques de l'enfant se prêtent bien à ce dépistage, car ce sont des consultations qui permettent de faire le point sur son alimentation, son transit, son sommeil et son éveil.

Il ne faudra pas hésiter à proposer une nouvelle consultation si l'on a mis en évidence une constipation.

3. Place des examens complémentaires dans le cadre de la constipation fonctionnelle :

Le diagnostic de la constipation est clinique. L'histoire de la maladie et l'examen clinique doivent permettre de poser le diagnostic de constipation fonctionnelle et d'écarter une origine organique.

En général, **les examens complémentaires sont inutiles pour établir le diagnostic** [1, 19, 23, 30, 33]. Ils sont indiqués si l'on suspecte une origine organique, ou bien en cas d'échec d'un traitement bien conduit pendant suffisamment longtemps. Dans ce cas il est licite de proposer un ASP et un bilan biologique ciblé, dans le même temps qu'on demande un avis spécialisé [33, tableau 6].

- L'ASP ne permet pas de poser le diagnostic. Les études ont montré qu'il n'y a pas de corrélation entre les images, l'existence, et l'importance de la constipation. Il peut par contre avoir un rôle pédagogique auprès des parents et de l'enfant pour montrer la répartition des selles et éventuellement, la stase. Il permet également de visualiser le sacrum.
- La manométrie est prescrite devant une suspicion de maladie de Hirschsprung, ou bien dans le cadre d'une constipation rebelle au traitement, si l'on envisage une rééducation.
- Les biopsies profondes permettent de confirmer une maladie de Hirschsprung.
- Le lavement baryté est un examen de 2^e intention au cours d'une maladie de Hirschsprung. Il montre le niveau de stase stercorale, et permet donc de délimiter la zone aganglionnaire.
- Le temps de transit des marqueurs permet de faire la distinction entre une constipation terminale et un transit globalement ralenti. Cet examen est donc du ressort du spécialiste, il est exceptionnellement réalisé.
- L'IRM a sa place si l'on a mis en évidence une anomalie de la région lombo-sacrée, ou bien si l'on suspecte une pathologie neurologique sous-jacente.

4. Traitement de la constipation fonctionnelle de l'enfant :

4.1 Evaluer la sévérité de la constipation :

Certaines constipations peu sévères, ou transitoires sont le fait d'un **régime alimentaire déséquilibré**. Dans ce cadre, les règles hygiéno-diététiques sont suffisantes pour peu qu'elles soient comprises et acceptées. Il faut souvent du temps pour identifier les erreurs diététiques, en faire prendre conscience à la famille et parvenir à les corriger. Le rôle de prévention et d'éducation propre au médecin de famille prend ici tout son sens.

Parfois les enfants sont **constipés de façon occasionnelle**, pendant leurs vacances à l'extérieur de la maison, par exemple. En fonction de l'âge de l'enfant, on peut les encourager à verbaliser leurs craintes auprès de leurs parents : peut-être y-a-t-il des araignées dans les toilettes des vacances ! Un traitement laxatif peut être utile si l'enfant se retient sur une longue période, mais le Forlax ® n'a pas d'efficacité sur l'éradication des araignées...

Lors d'un voyage, il faut penser à donner à boire régulièrement, inciter les enfants à aller à la selle et à uriner avant le départ. Les toilettes des autoroutes ne sont en effet pas toujours très accueillantes...

Dans le cadre d'une **constipation sévère**, il faut identifier la cause à l'origine de cette constipation :

- Y-a-t-il des signes pouvant faire craindre une constipation organique ? L'examen clinique permet souvent d'orienter la suite de la prise en charge. Un avis spécialisé trouve ici sa place.
- L'enfant est-il constipé parce qu'il se retient ? Est-ce qu'il a eu mal ? Est-ce qu'il est trop occupé à jouer pour prendre le temps d'aller aux toilettes ? Refuse-t-il d'aller aux toilettes à l'école ?

La rétention est très souvent le cœur du problème dans le cadre des constipations chroniques sévères. Le régime n'est ici pas d'une grande utilité, et les laxatifs seuls ne suffisent pas. La prise en charge doit être **globale**, traitant à la fois **les causes, la constipation et ses conséquences**. Au cours de cette prise en charge, l'éducation occupe une place importante.

4.2 Adhésion de la famille au traitement :

Le traitement est efficace, mais il est souvent long, et parfois décourageant du fait de fréquentes rechutes.

La première étape du traitement est **l'éducation de la famille et de l'enfant**.

Il faut **expliquer à l'enfant** ce qu'est la constipation, afin de le rendre **acteur de sa prise en charge**. On peut s'aider de schémas, ou de livres adaptés à l'âge de l'enfant.

Il faut **dédramatiser** la situation : la constipation n'est pas une maladie, c'est une affection fréquente, qui concerne environ 30% des enfants. Ce qui signifie que l'enfant a sans doute de nombreux camarades de classe qui sont (ou ont été) dans la même situation que lui ! En aucun cas la constipation n'est responsable de complication aiguë (occlusion aiguë par exemple), elle n'a pas de conséquence grave sur la santé ni la croissance [16].

Mais par contre, une constipation négligée, trainant depuis plusieurs années peut entraîner des conséquences dramatiques (*cf Chapitre II. 6*).

Il faut également expliquer aux parents que l'encoprésie sur constipation est un **mécanisme involontaire** et qu'il ne faut pas blâmer l'enfant pour cela : non il ne le fait pas « exprès », non, il n'est pas fainéant ou n'a pas attendu trop longtemps. Les selles fuient à travers l'anus qui reste ouvert en permanence, l'enfant ne peut pas les retenir [32].

Il faut insister sur le potentiel de succès de l'enfant, et apprendre aux parents à **l'encourager** à chaque progrès.

Utiliser un **calendrier** permet à l'enfant de visualiser son « problème de constipation », et peut matérialiser ses progrès. Le calendrier peut, par exemple, être suspendu dans les toilettes. L'enfant y note tous les jours ses selles normalement émises ainsi que ses « accidents ». Il reste utile lorsque l'on interrompt le traitement médicamenteux, afin que l'enfant garde ses bonnes habitudes, et n'oublie pas de continuer à se rendre aux toilettes...

Les **règles diététiques** peuvent être appliquées à l'ensemble de la famille, puisqu'il ne s'agit pas d'un régime, mais de bonnes habitudes alimentaires.

4.3 Diététique et hygiène de vie :

L'expérience montre que la plupart des parents connaissent les règles diététiques en cas de constipation : **boire beaucoup d'eau, consommer fruits et légumes en quantité, limiter le plus possible l'apport en sucres rapides** (en particulier sous forme de boissons sucrées), et avoir une **activité physique suffisante**.

Le régime est parfois suffisant, dans le cadre d'une constipation modérée, ou chez des enfants dont l'alimentation est déstructurée. Une étude menée en Angleterre a montré « que jusqu'à 70% des enfants d'âge préscolaire ne buvaient jamais d'eau, et que de jeunes enfants pouvaient recevoir jusqu'à 1000 calories par jour sous cette forme... » [30]

Mais chez un enfant qui se retient, le régime n'a aucune incidence.

En plus d'un traitement médicamenteux bien conduit, il faudra insister sur les **règles « d'hygiène »**, ou règles comportementales, avec quelques principes simples :

- Faire des toilettes une pièce propre, agréable, et confortable. Pour les jeunes enfants, un réducteur de lunette et une petite marche permettent une assise confortable, et un relâchement physiologique de l'appareil sphinctérien.
- Prendre l'habitude d'aller tous les jours aux toilettes, même en l'absence d'envie.
- Prendre son temps...
- S'y rendre de préférence après les repas, pour profiter du réflexe gastro-colique.
- Inciter l'enfant à ne plus se retenir, lui apprendre à aller à la selle dès qu'il en ressent le besoin...

L'objectif est que l'enfant se réapproprie la sensation de besoin et qu'il prenne de bonnes habitudes « digestives ».

4.4 Traitement médicamenteux :

4.4.1 Désimpaction colique initiale :

Dans le cadre d'une constipation fonctionnelle sévère, il est fondamental de commencer par désimpacter le colon. On entend par constipation sévère :

- Une constipation compliquée d'encoprésie,
- Une constipation ayant un retentissement soit physique (fécalome, douleurs abdominales, fissure...) soit psycho-social (isolement social du fait des souillures, appréhension des sorties ou vacances à l'extérieur de la maison...)

Le traitement laxatif quotidien sera par la suite plus efficace et mieux toléré [1, 30].

Ceci peut se faire, soit par des lavements quotidiens (**Normacol enfant**®) pendant 3 jours, soit *per os* avec du Poly Ethylène Glycol (PEG) à forte dose (pour l'instant, seul le **Transipeg**® a l'AMM pour une désimpaction *per os*). Le **Microlax**® n'est pas efficace du fait de son faible volume.

L'efficacité est souvent radicale, avec un arrêt immédiat des souillures, même si celles-ci existent depuis longtemps [30].

Une étude américaine portant sur les modalités de prise en charge de la constipation de l'enfant par les médecins traitants [5] montre que l'observance ne diminue pas si des lavements sont prescrits. Ils sont généralement bien tolérés s'ils sont bien expliqués. L'adhésion au traitement est même plus importante dans ce cas, du fait d'une meilleure efficacité de la prise en charge.

Les recommandations anglaises privilégient la voie orale [1, 34], mais en présence d'un fécalome, les lavements intra-rectaux semblent plus efficaces.

Certains gastro-pédiatres sont tout de même réticents à prescrire des lavements, considérant qu'ils sont traumatisants pour l'enfant [cf résultats de notre étude, partie B]. Dans certains cas, il paraît effectivement difficile de proposer un lavement : existence d'une fissure douloureuse, enfant traumatisé du fait d'une focalisation excessive sur la sphère anale, notion de sévices sexuels... Dans ce contexte, on proposera évidemment une désimpaction par voie orale, quitte à ce que cela prenne d'avantage de temps, et que l'enfant présente d'abord des fuites.

4.4.2 Maintien du traitement :

D'après O.Mouterde, les maîtres-mots sont **fort** et **longtemps**. Il faut rassurer la famille quant à l'innocuité des traitements laxatifs au long cours et prévenir que le traitement peut durer plusieurs mois « le temps que l'intestin se réhabitue à une physiologie normale de fonctionnement » [22]. L'objectif est d'obtenir des selles molles, régulières et indolores, et d'éviter la constitution d'un nouveau fécalome.

En France, 3 classes sont utilisables chez l'enfant : les **laxatifs de lest, osmotiques** et **lubrifiants**. Les laxatifs stimulants sont contre-indiqués.

Le **PEG** (*Poly Ethylène Glycol*), et en particulier le **Forlax**®, a fait l'objet de récentes études comparatives. C'est aujourd'hui le **traitement de première intention**. La dose est d'environ 0.5 g/kg, mais est à adapter au transit de l'enfant, ce qu'il est fondamental d'expliquer aux parents. Il n'y a pas de danger à augmenter les doses, il n'y a pas d'accoutumance ou de risque que l'enfant ne « sache plus aller à la selle sans un traitement ». Le PEG n'est pas réabsorbé, et ne modifie pas la flore bactérienne colique, d'où son innocuité et sa facilité d'utilisation [22, 29, 44]. La seule contre-indication est l'allergie à la molécule, rarissime, mais notée sur le Vidal et la notice.

L'efficacité du traitement est jugée après plusieurs semaines. Si l'on change la dose quotidienne de Forlax®, il faut attendre 4-5 jours avant de juger de l'effet. L'efficacité est constante pour peu qu'on en donne suffisamment. Ce qui importe n'est pas la dose, mais l'effet obtenu.

Il faut tout de même prévenir les parents que lors de la première semaine d'utilisation, le Forlax® peut entraîner une augmentation des fuites, surtout en présence d'un fécalome non évacué. Il ne s'agit pas de diarrhée, c'est un effet transitoire initial qui ne doit pas conduire à interrompre ou à diminuer la dose du traitement. Cet inconvénient est moindre si un lavement évacuateur a été réalisé auparavant.

On peut recommander l'utilisation de suppositoires d'**Eductyl**® au début du traitement, afin d'aider l'enfant à reconnaître la sensation de besoin. Ceux-ci agissent en libérant du gaz carbonique dans l'ampoule rectale, ce qui déclenche la sensation de besoin.

D'après les résultats de l'étude citée plus haut [5] il n'y a pas d'intérêt à associer plusieurs laxatifs.

4.4.3 Traiter une anite ou une fissure anale :

➤ Repérer et traiter une anite :

On peut s'aider d'un strepto-test (TDR) pour identifier un streptocoque.

Le traitement repose sur des bains de siège répétés au Dakin® dilué, associés à une antibiothérapie orale avec une céphalosporine de 3^e génération (Céfuroxime) pendant 7 jours, ou un macrolide en cas d'allergie. Selon certains auteurs, ce traitement est plus efficace qu'un traitement par Amoxicilline [25].

➤ Repérer et traiter une fissure :

Une fissure est douloureuse et peut être faire échouer le traitement, l'enfant continuant à se retenir.

En premier lieu, il faut ramollir les selles grâce à un traitement laxatif. Par rapport au traitement local, les auteurs ne sont pas unanimes, les topiques cicatrisants et anti-inflammatoires n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité. Les bains de siège au Septivon® ou à la Biseptine® diluée sont recommandés, ainsi que l'application d'Eosine® pour assécher la fissure. Exceptionnellement, on peut avoir besoin d'appliquer de la Lidocaïne®.

4.5 Réévaluation et suivi :

Le suivi est fondamental afin d'évaluer la tolérance et l'efficacité de traitement.

En cas de non-amélioration ou d'amélioration partielle des troubles, il faudra prendre le temps de refaire le point :

- Le traitement est-il bien pris, les consignes hygiéno-diététiques respectées ?
Sinon, pourquoi ?
- Y-a-t-il un contexte psycho-social particulier, des signes d'alerte qui pourraient nécessiter une prise en charge psychologique ?

Il ne faudra pas hésiter à réexaminer l'enfant, afin d'être sûr de ne pas avoir oublié un signe d'alerte nécessitant un examen ou un avis spécialisé.

Enfin, il faudra expliquer à l'enfant qu'une fois que le traitement sera interrompu, il devra continuer à garder les « bonnes habitudes digestives » apprises, et apprendre aux parents à repérer les rechutes qui sont, hélas, fréquentes.

5. Cas particulier des enfants encoprétiques :

L'encoprésie est l'**émission de selles dans une situation ou un lieu inapproprié**. On parle d'encoprésie chez des enfants de plus de quatre ans. En deçà, la propreté n'est pas toujours parfaitement acquise. Dans la population générale, 1 à 3% des enfants sont un jour concernés [8].

Il existe plusieurs types d'encoprésie [30]:

- L'encoprésie volontaire, correspondant à l'émission volontaire de selles dans un endroit inapproprié. Sa prise en charge est d'ordre pédopsychiatrique, elle n'entre pas dans le cadre de notre travail.
- L'encoprésie à rectum vide, qui évoque un problème sphinctérien, est du ressort du spécialiste. Nous ne faisons que la citer.
- L'encoprésie sur constipation chronique, de loin la plus fréquente (90% des cas) [8] fait l'objet de ce chapitre.

L'encoprésie sur constipation se caractérise par des fuites répétées de selles liquides en petite quantité. Ces selles «glissent » le long d'un fécalome à travers l'anus qui reste anormalement entrebâillé [schéma 13].

D'après Culbert [8], la **qualité de vie** des enfants constipés présentant une encoprésie est moindre que celles d'enfants souffrant de maladies gastro-intestinales plus sérieuses : maladie inflammatoire chronique ou reflux gastro-œsophagien par exemple. Ils se perçoivent eux-mêmes comme physiquement moins performants, et présentent d'avantage de troubles émotionnels ou comportementaux [8, 45].

Les **répercussions psycho-sociales** sont évidemment dramatiques. Ces enfants sont souvent la risée de leurs camarades de classe, et sont mis à l'écart. On peut observer une tristesse de l'humeur voire une authentique dépression, une perte de confiance en soi, des difficultés scolaires ou familiales.

Le **traitement** d'une encoprésie est simple et efficace [18, 30], il est du ressort du médecin généraliste dans un premier temps. En premier lieu, il faut « vider le rectum », les lavements permettant généralement un arrêt immédiat des fuites. Il faut ensuite ramollir les selles grâce à un traitement laxatif durable, et à dose efficace. Enfin, il faut prendre en charge, si il y a lieu, les causes et/ou les conséquences psycho-sociales

Schéma 13 : Volumineux fécalome à l'ASP :



Photo : Dr Olivier Mouterde

Il faut du temps pour que le tube digestif qui a été dilaté du fait de la stase stercorale et des fécalomes retrouve une anatomie et une fonction normales.

Il faut bien expliquer aux parents qu'on peut observer une majoration des fuites au début du traitement, et que cela ne doit pas conduire à diminuer les doses de laxatifs.

La prise en charge d'un enfant souffrant d'encoprésie doit être globale :

- Médicale, afin d'éliminer une cause organique et de traiter efficacement la constipation,
- Psychologique, afin d'identifier d'éventuels facteurs déclenchants, et faire le point sur l'état de souffrance de l'enfant. La situation est parfois ambiguë, les troubles se pérennisant du fait de bénéfices secondaires.
- La kinésithérapie est parfois nécessaire, s'il existe une dysnergie recto-anale (l'enfant ne sait plus « pousser correctement ») [23]. Elle ne concerne que des enfants de plus de 8 ans pouvant adhérer à la rééducation.

IV. Conclusion :

La constipation de l'enfant est donc un trouble fréquent, parfois grave du fait de ses conséquences physiques et psychiques.

Qu'elle soit organique ou fonctionnelle, transitoire ou sévère, ces enfants doivent être dépistés, afin d'être pris en charge efficacement aussi précocement que possible.

La liste des pathologies organiques est longue, et il est légitime de craindre de méconnaître une rare cause organique parmi les très nombreux cas d'enfants constipés vus en consultation. Mais une démarche clinique rigoureuse permettra d'identifier ces cas. **Trois signes d'organicité** doivent être systématiquement recherchés : **subocclusions** (ballonnements, vomissements bilieux), **débâcle diarrhéique** et **retard de croissance**.

La **constipation peu sévère ou transitoire** ne nécessite, la plupart du temps, qu'une adaptation alimentaire. Parfois un traitement laxatif de courte durée.

En revanche, la **constipation sévère**, qu'elle soit compliquée ou non d'encopésie relève d'une **prise en charge globale**. Elle est **du ressort du médecin généraliste** puisqu'il est le premier interlocuteur des familles. Cette prise en charge est bien codifiée :

- Il faut d'abord **identifier les causes** à l'origine de la constipation,
- **Impliquer l'enfant et ses parents** dans le traitement en expliquant les mécanismes, la constipation, et ses conséquences,
- Rechercher une impaction fécale, et **désimpacter si besoin**,
- Prescrire un **traitement laxatif à dose efficace et pour une durée prolongée**. A ce jour, les experts ne recommandent que l'utilisation du Forlax ® pour une durée bien supérieure à trois mois, et ceci malgré les restrictions de l'AMM.

Le **suivi de ces enfants est fondamental**. En effet le traitement des cas sévères est souvent long et ponctué de rechutes. L'enfant et ses parents doivent être encouragés à persévérer. Le suivi permet d'évaluer l'**observance**, la **tolérance** et l'**efficacité** du traitement et d'envisager un **avis spécialisé**.

PARTIE B :
ETUDE DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA
CONSTIPATION FONCTIONNELLE DE L'ENFANT EN
SOINS PRIMAIRES :
ENQUETE AUPRES DE 68 MEDECINS GENERALISTES
HAUTS-NORMANDS

I. Introduction :

Le **médecin généraliste** occupe une place centrale dans la prise en charge d'un enfant constipé. Bien que fréquente, la constipation est rarement un « premier motif de consultation ». Le rôle du médecin traitant est triple : **dépister** la constipation de l'enfant, **rechercher des signes d'alerte** en faveur d'une origine organique, et **instaurer une prise en charge efficace**.

La constipation de l'enfant occupe **20 à 30% des consultations spécialisées de gastro-entérologie pédiatrique**. L'expérience montre que la **prise en charge initiale de ces enfants est très diverse** et que les **recommandations diététiques sont prépondérantes**.

La littérature est abondante sur le sujet, mais il n'existe **pas de recommandation française sur le sujet**. Nous n'avons trouvé que **trois études portant sur les modalités de prise en charge des enfants constipés par les médecins généralistes** : une thèse rouennaise à propos de la prise en charge de l'encoprésie sur constipation de l'enfant [18], une étude américaine conduite en 2005 portant sur la prise en charge des enfants constipés par les médecins et pédiatres généralistes [5], et une étude française conduite en 2010 auprès de mères de nourrissons souffrant de troubles fonctionnels intestinaux. Nous n'avons pas trouvé d'étude française portant spécifiquement sur la prise en charge des enfants constipés par le médecin généraliste.

Devant l'ensemble de ces considérations, nous avons mené une **enquête auprès de 68 médecins généralistes hauts-normands** afin de déterminer de quelle façon les enfants constipés sont pris en charge en ville. Nous avons corrélé ces résultats avec les réponses d'un **panel d'experts constitué de 5 gastropédiatres**, et avec les données de la littérature.

II. Méthodologie :

1. Constitution de l'échantillon :

Un **listing des médecins généralistes** exerçant dans un rayon de 35 km par rapport à mon domicile a d'abord été établi. Au total, cette liste comprenait 382 médecins généralistes, répartis en milieu urbain, semi-rural, rural et banlieue. Un **tirage au sort** a ensuite été appliqué sous Excel, afin de constituer un **échantillon représentatif** de la population des médecins généraliste hauts-normands.

J'ai ensuite appelé les cabinets dans l'ordre du tirage au sort. Après une présentation très rapide de ma requête, je proposais, soit de rencontrer les médecins généralistes, soit de leur envoyer le questionnaire par courrier, soit de leur envoyer le questionnaire par mail. Pour obtenir un **échantillon de 100 médecins d'accord pour répondre au questionnaire**, 121 cabinets ont été contactés.

2. Elaboration des questionnaires :

2.1 Questionnaire adressé aux médecins généralistes :

Nous avons élaboré un questionnaire en trois parties :

- Une première série de questions permettait de déterminer les **caractéristiques socioprofessionnelles** des médecins,
- Une seconde partie correspondait à **l'enquête**, par le biais de 6 cas cliniques standardisés, puis de questions plus générales quant à la prise en charge des enfants constipés.
- Et une dernière série de questions permettait de cerner le **ressenti du médecin** généraliste par rapport au sujet de l'étude grâce à des questions ouvertes.

L'enquête était ciblée sur la **prise en charge** de l'enfant constipé par le médecin généraliste. La démarche diagnostique n'entrait pas dans le cadre de cette étude, le ressenti du médecin n'était que succinctement évalué.

Une « **version mail** » et une « **version papier** » ont permis de s'adapter aux différents médecins généralistes [Annexe 1]. Bien entendu, les questionnaires étaient strictement anonymes. La « version mail » a été élaborée grâce au programme de Google Doc® « *établir un formulaire* ». Les questionnaires mail et papier étaient strictement identiques hormis la mise en page de la page 3 (cas cliniques).

Enfin les questionnaires mail et papier ont été **testés** auprès d'une dizaine de médecins généralistes afin d'évaluer la durée de remplissage, et le ressenti par rapport à la formulation des questions. Ceci a permis d'apporter les ajustements nécessaires avant l'envoi définitif. Que ce soit par mail ou courrier, le temps de remplissage n'excédait pas 10 minutes.

2.2 Questionnaire adressé au « panel d'experts » :

Afin de pouvoir évaluer les réponses des médecins traitants, nous avons soumis le questionnaire à un comité d'experts, constitués de **5 gastro-pédiatres** faisant partie du **GFHGNP** (Groupe Francophone d'Hépatogastrologie et Nutrition Pédiatriques). Ceux-ci ont été contactés par mail. Les cas cliniques puis les questions générales leur ont été soumis de la même façon qu'aux médecins généralistes, hormis la question concernant le relais vers un spécialiste. Nous avons terminé ce questionnaire par quelques questions spécifiques à propos de l'existence de fiches pratiques [\[Annexe 2\]](#).

3. Enquête :

La période de prise de contact et d'envoi des questionnaires s'est déroulée du 09 janvier 2012 au 03 février 2012. Les réponses ont été recueillies du 09 janvier 2012 au 15 février 2012.

III. Résultats :

1. Taux de réponse :

121 cabinets ont donc été contactés. 21 médecins n'ont pas souhaité répondre au questionnaire, soit 17,4%. Les raisons invoquées étaient :

- L'absence de recrutement en pédiatrie dans 43% des cas, principalement chez des médecins ayant une activité spécifique (médecine du sport, ostéopathie),
- Le manque de temps dans 33%,
- Le manque d'intérêt par rapport au sujet dans 24%.

J'ai pu poser la question directement au médecin généraliste lors de 62 appels, soit dans 51,2% des cas.

Tous les médecins généralistes d'accord pour remplir le questionnaire souhaitaient que je leur fasse parvenir par mail ou par courrier. Aucun n'a souhaité que je ne me déplace. 55% des médecins généralistes ont souhaité un envoi par mail, 45% un envoi par courrier.

Le taux de réponses a été de 70% :

- 33 médecins sur les 45 contactés par courrier ont répondu, soit un taux de réponse par courrier de 73%. Deux questionnaires n'ont pu être exploités. L'un a été retourné trop tard et 2 pages étaient manquantes pour le second.
- 37 médecins sur les 55 contactés par mail ont répondu en ligne, soit un taux de réponse par mail de 67%.

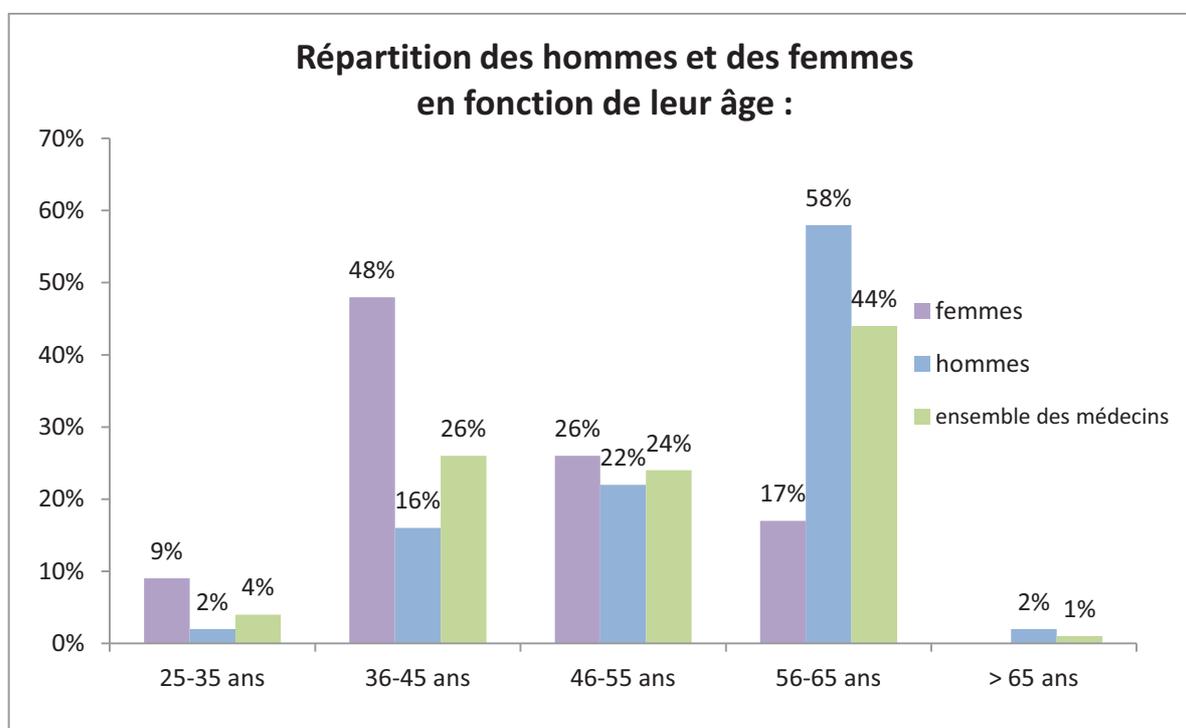
Toutes les réponses ont été codées dans un tableau Excel afin de pouvoir traiter les résultats. 68 questionnaires ont donc pu être exploités.

2. Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes :

2.1 Profil des médecins généralistes de notre échantillon :

- Il compte 68 médecins généralistes, dont **66% d'hommes** et 34% de femme. Soit un sexe-ratio de 1,9.
- La tranche d'âge la plus représentée est celle des **56-65 ans**. Les femmes en activité sont en moyenne plus jeunes que leurs confrères masculins. Plus de la moitié d'entre elles (57%) a en effet moins de 45 ans, tandis que 60% des hommes ont plus de 55 ans.

Graphique 1 :



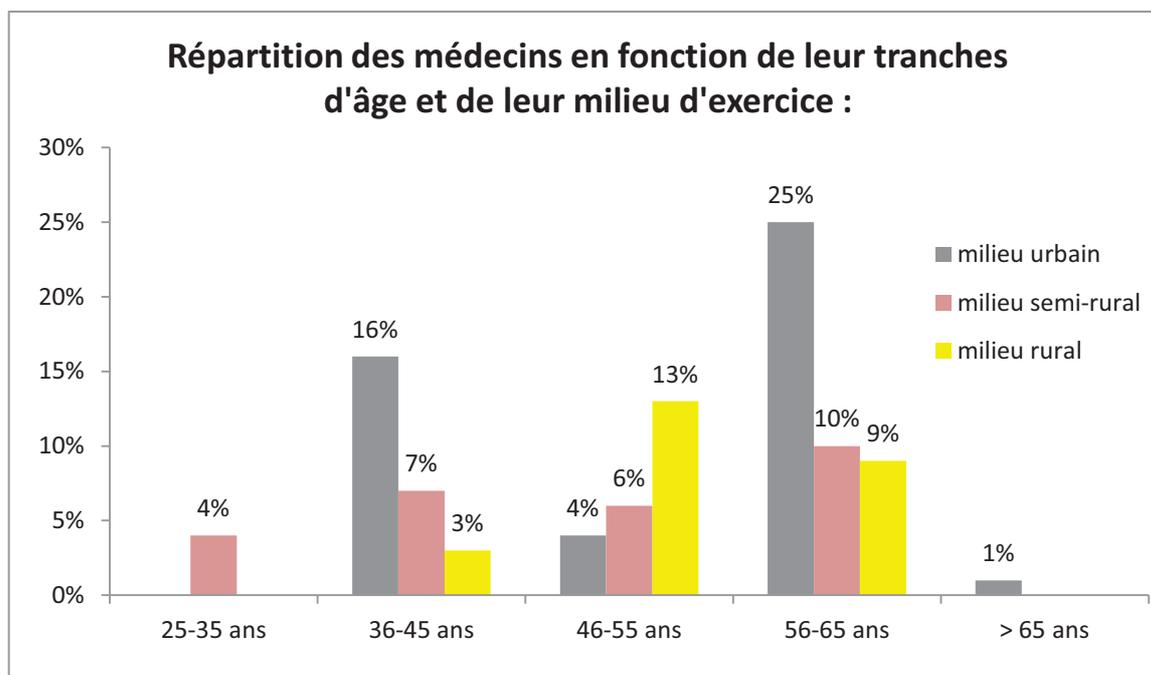
- **15%** des médecins généralistes ont une **activité mixte**, c'est-à-dire une activité salariée associée à leur exercice libéral. Il s'agit essentiellement d'activité gériatrique en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).
- **29 médecins** (43%) ont une ou plusieurs **qualifications spécifiques**. 9 ont une capacité en gériatrie, et **6 en pédiatrie** (DU de pédiatrie préventive).

- **47%** des médecins généralistes exercent en **milieu urbain**, 28% en milieu semi-rural et 25% en milieu rural.

Cette répartition est similaire pour les hommes et pour les femmes.

La moyenne d'âge est identique en ville et à la campagne (52,5 ans et 52,3 ans).

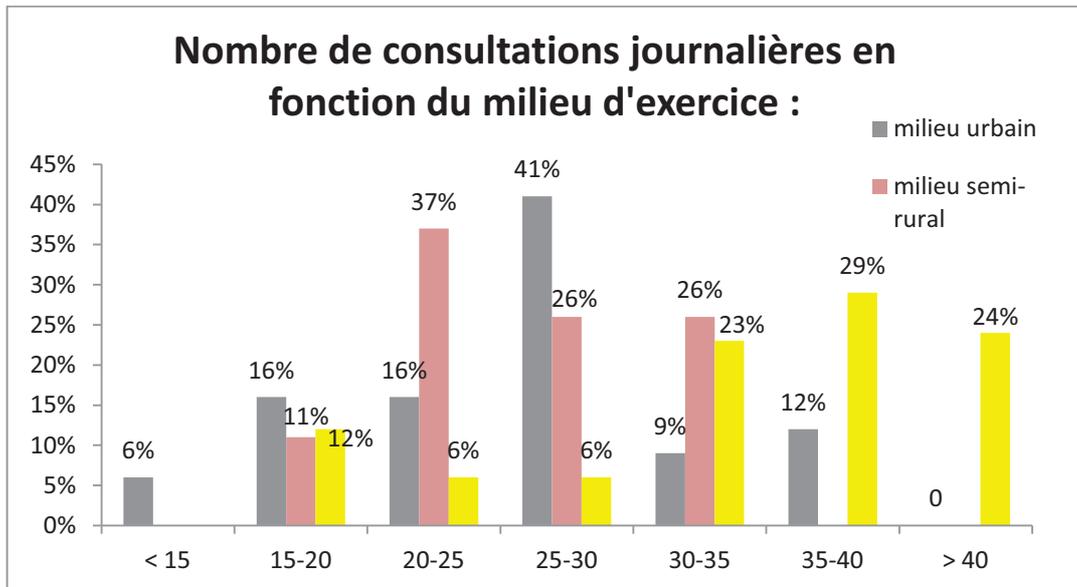
Graphique 2 :



- Presque $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes (74%) travaillent en **cabinet de groupe**.

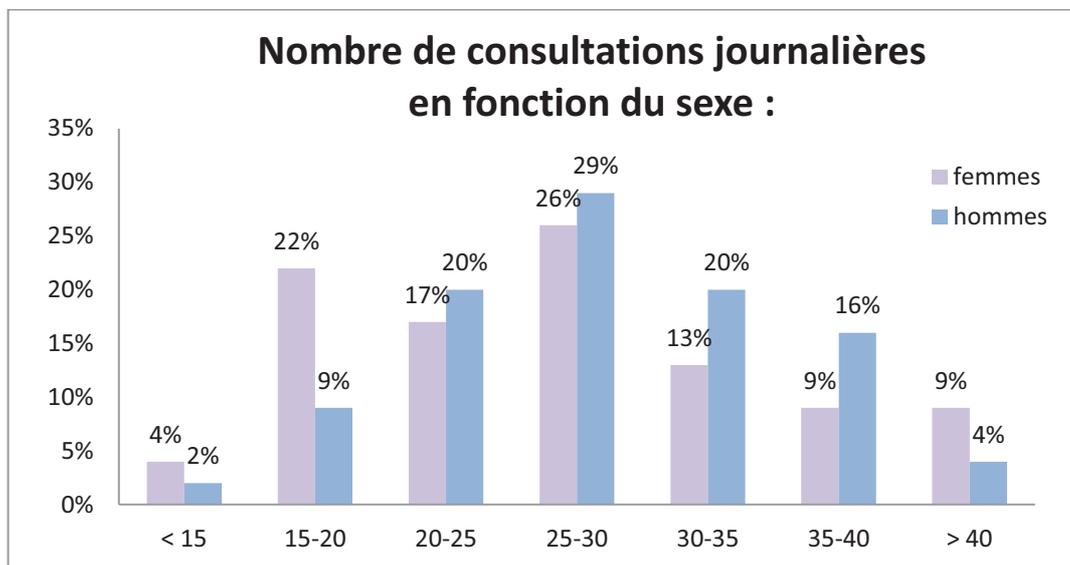
- Les médecins généralistes ont, en moyenne, **25 à 30 consultations par jour**.
76% des médecins établis en milieu rural réalisent **plus de 30 actes par jour** (versus 21% en milieu urbain),
38% des médecins établis en milieu urbain réalisent **moins de 20 actes par jour** (versus 18% en milieu rural).

Graphique 3 :



- 26% des femmes font **moins de 20 consultations par jour** (11% chez les hommes),
40% des hommes font **plus de 30 consultations par jour** (31% chez les femmes).

Graphique 4 :



- **L'activité pédiatrique** est qualifiée d'importante, c'est-à-dire occupant 20 à 30% de l'activité libérale dans 38% des cas, et de très importante (> 30% de l'activité du médecin) dans 21% des cas.
- **Les femmes font davantage de pédiatrie** (91% jugent leur activité importante ou très importante, *versus* 42% pour les hommes), ainsi que les médecins exerçant en **milieu rural** (59% ont une activité importante ou très importante, *versus* 50% en ville).
- Enfin, la part d'activité pédiatrique suit une courbe inverse à celle de l'âge du médecin, **l'activité pédiatrique étant très importante chez les plus jeunes des médecins généralistes**. Ceci va dans le même sens que ce que l'on observe à l'échelon national : la patientèle d'un médecin généraliste vieillissant avec son médecin.

Tableau 7 : Part de l'activité pédiatrique en fonction de l'âge, du sexe, et du milieu d'exercice :

	Activité très importante (>30%)	Activité importante (20-30%)	Activité modérée (10-20%)	Activité minimale (<10%)
Chez les femmes	43%	48%	9%	0%
Chez les hommes	9%	33%	40%	18%
En milieu rural	18%	41%	29%	12%
En milieu urbain	12,5%	37,5%	34%	16%
25-35 ans	67%	33%	0%	0%
36-45 ans	39%	56%	5%	0%
46-55 ans	25%	31%	38%	6%
56-65 ans	3%	33%	40%	23%
>65 ans	0%	0%	100%	0%

2.2 Population des médecins généralistes en Haute-Normandie :

Selon les données démographiques disponibles auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins [41], la Haute Normandie compte, au premier juin 2011, 2439 médecins généralistes en activité régulière.

1673 exercent en mode libéral, de façon exclusive pour 89% d'entre eux, et en mode mixte avec une dominante libérale pour 11% d'entre eux.

Ces médecins sont âgés de **53 ans en moyenne** (55 ans pour les hommes, et 48 ans pour les femmes). **70% sont des hommes**, et 30% des femmes, soit un sexe-ratio de 2,3.

A noter qu'en 2010, les nouveaux installés avaient 32 ans en moyenne, et que 87% d'entre eux étaient des femmes...

3. Résultats de l'enquête :

3.1 Les cas cliniques :

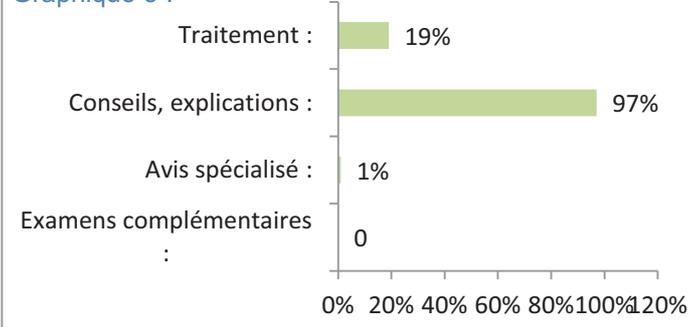
6 cas cliniques ont été soumis aux médecins généralistes, correspondant à des situations pouvant être rencontrées en pratique quotidienne. Pour chacun de ces cas, nous souhaitions savoir si le médecin avait besoin d'un examen complémentaire, d'un avis spécialisé, s'il donnait des conseils ou des explications, et s'il prescrivait un traitement. Dans ce cas, il lui était demandé de préciser lequel (ou lesquels). Tous les cas étaient présentés de la même façon [Annexes 1 et 2].

Puis, ces cas cliniques ont été soumis à un « comité d'experts référents » de la même façon qu'aux médecins généralistes, afin de pouvoir comparer les réponses. 5 gastro-pédiatres ont répondu à notre questionnaire.

3.1.1 Justine : « constipation » au lait de mère chez un nourrisson :

« Justine a 6 semaines, elle est allaitée. Sa maman est inquiète car elle n'a qu'une selle tous les trois jours. Votre examen clinique est normal, la croissance de Justine parfaite. »

Graphique 5 :



- 53 médecins donnent uniquement des explications ou des conseils (78%),

- 12 médecins associent un traitement à ces conseils et explications (18%),

- 1 médecin demande un avis spécialisé en plus des conseils et du traitement prescrit (1,5%).

13 médecins prescrivent un traitement :

Tableau 8 :

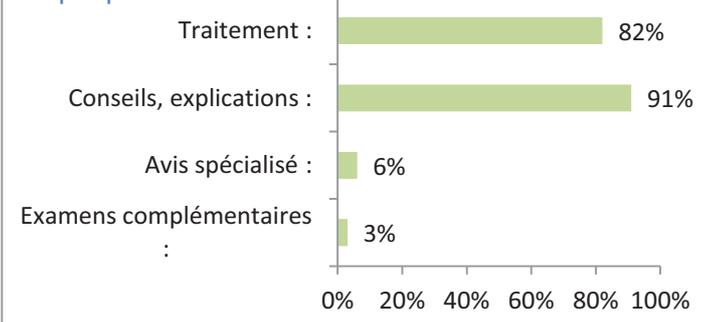
Des laxatifs :		2	15%
Des lavements :		0	0%
Des suppositoires de glycérine :		11	85%
Des suppositoires d'éductyl :		2	15%
Autre :	Eau d'hépar :	2	15%
	Pruneau pour la maman :	1	7,5%

Dans la plupart des cas (57%), les médecins prescrivent uniquement des suppositoires de glycérine.

3.1.2 Théo : « tendance à la constipation » chez un nourrisson :

« Théo a 6 semaines, il boit des biberons de lait maternisé, il n'a qu'une selle tous les trois jours. Sa mère est constipée. Quand il va à la selle, Théo pleure, pousse très fort et devient rouge. Votre examen clinique est normal, la croissance est correcte. »

Graphique 6 :



48 médecins donnent des explications, des conseils et prescrivent un traitement (71%),

10 médecins ne donnent que des explications et des conseils (15%),

5 médecins prescrivent uniquement un traitement (7%),

2 médecins demandent en plus des conseils et du traitement un avis spécialisé (3%).

56 médecins prescrivent un traitement :

Tableau 9 :

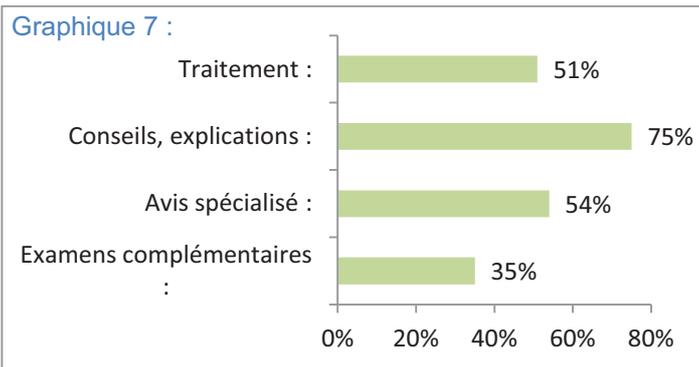
Des laxatifs :		15	27%
Des lavements :		1	2%
Des suppositoires de glycérine :		38	68%
Des suppositoires d'éductyl :		3	5%
Autre :	Eau d'hépar :	14	25%
	Modification du lait :	4	7%
	Introduction de jus de fruits :	1	2%

Les conseils diététiques font partie des prescriptions dans 34% des cas, et sont prescrits seuls dans 14% des cas.

3.1.3 Julien : suspicion d'une cause organique chez un nourrisson constipé :

« Julien a 6 semaines, sa maman est inquiète car il est ballonné, n'a que deux selles par semaine seulement si sa maman lui a mis un suppositoire de glycérine. Il lui arrive régulièrement de vomir. »

Graphique 7 :



17 médecins (25%) donnent des conseils et des explications et prescrivent un traitement.

54% des médecins demandent un avis spécialisé,

35% un examen complémentaire.

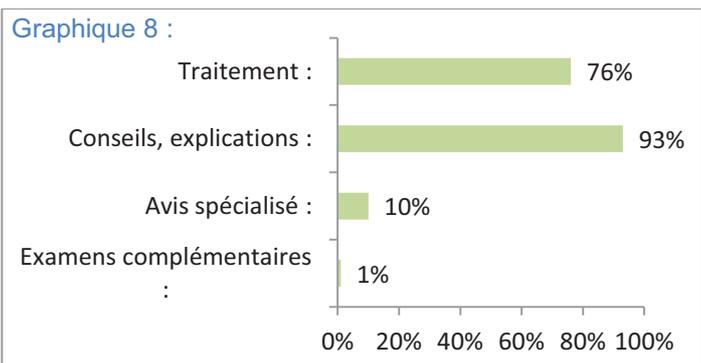
24 médecins prescrivent un traitement :

Tableau 10 :

Des laxatifs :		22	92%
Des lavements :		3	6%
Des suppositoires de glycérine :		11	21%
Des suppositoires d'éductyl :		6	12%
Autre :	Eau d'hépar :	4	8%
	Modification du lait :	4	8%

3.1.4 Marie : constipation contemporaine de l'acquisition de la propreté :

« Marie a 2 ans et demi, et n'est pas tout à fait propre. Elle se retient et n'a une selle que si on lui met une couche. Vous ne notez qu'une petite fissure anale. »



44 médecins (65%) prescrivent un traitement associé à des conseils et explications,

13 médecins (19%) ne donnent que des conseils et explications.

52 médecins prescrivent un traitement :

Tableau 11 :

Des laxatifs :		39	75%
Des lavements :		1	2%
Des suppositoires de glycérine :		9	17%
Des suppositoires d'éductyl :		10	19%
Autre :	Soins locaux :	16	30%
	Antalgiques :	1	2%
	Règles hygiéno-diététiques :	2	4%
	Traitement homéopathique :	1	2%

Des soins locaux sont prescrits par 16 médecins (30%), qui mentionnent :

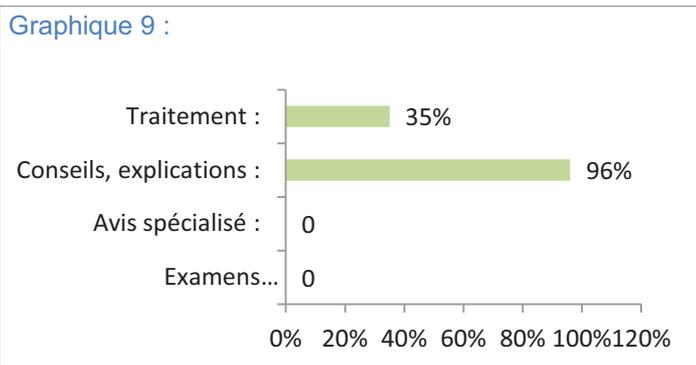
- Des « soins locaux » (7 médecins),
- Une crème locale cicatrisante (3 médecins),
- De la titanoréine (Proctolog®) (4 médecins),
- De la Bépanthen® (2 médecins).

Un médecin recommande de nettoyer, bien sécher et d'appliquer une crème cicatrisante après chaque selle.

3.1.5 Romane : constipation occasionnelle :

« Romane a 5 ans, elle est constipée de façon occasionnelle, surtout lors des vacances chez sa grand-mère. L'examen et la croissance sont normaux, le transit à la maison est normal. »

Graphique 9 :



44 médecins ne donnent que des conseils et explications (65%),

21 prescrivent un traitement en plus de ces conseils et explications (31%).

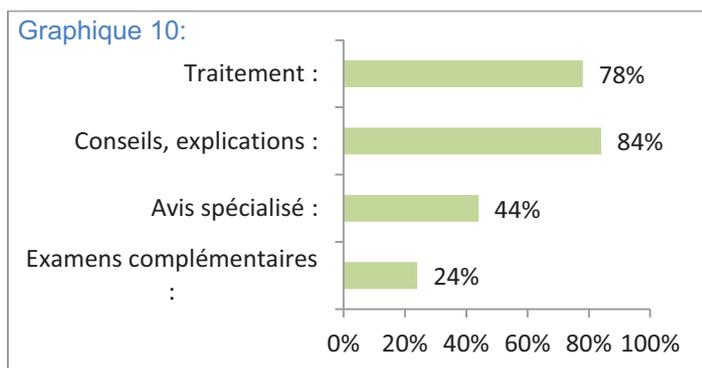
24 médecins prescrivent un traitement :

Tableau 12 :

Des laxatifs :		15	63%
Des lavements :		0	0%
Des suppositoires de glycérine :		4	17%
Des suppositoires d'éductyl :		7	29%
Autre :	Hépar et mesures diététiques :	4	17%
	Réassurance :	1	4%

3.1.6 Cédric : constipation sévère compliquée d'une encoprésie :

« Cédric a 8 ans. Il est constipé depuis plusieurs années et ne va à la selle que tous les 4-5 jours. La maîtresse a fait remarquer aux parents que Cédric souille régulièrement ses sous-vêtements... »



25 médecins (37%) donnent des conseils, des explications et prescrivent un traitement.

53 médecins prescrivent un traitement :

Tableau 13 :

Des laxatifs :		48	91%
Des lavements :		10	19%
Des suppositoires de glycérine :		1	2%
Des suppositoires d'éductyl :		18	34%
Autre :	Psychothérapie :	4	8%
	Trimébutine :	1	2%

- Les laxatifs sont prescrits seuls dans 45% des cas de prescription,
- Les laxatifs sont associés à des suppositoires d'Eductyl ® dans 26% des cas,
- Les laxatifs sont associés à des lavements dans 11% des cas,
- Les laxatifs sont associés à des lavements et à des suppositoires d'Eductyl ® dans 4% des cas.

3.1.7 Synthèse des réponses des médecins généralistes et des experts aux cas cliniques :

Tableau 14 :

	Demandez-vous des examens complémentaires ?	Demandez-vous un avis spécialisé ?	Donnez-vous des conseils, des explications ?	Prescrivez-vous un traitement ?
<i>Justine, « Constipation » au lait de mère :</i>				
Réponses des généralistes :	0	1%	97%	19%
Réponses des experts :	0	0	100%	0
<i>Théo, « Tendance à la constipation » :</i>				
Réponses des généralistes :	3%	6%	91%	82%
Réponses des experts :	0	0	100%	60%
<i>Julien, Nourrisson constipé présentant des signes d'organicité :</i>				
Réponses des généralistes :	36%	55%	76%	52%
Réponses des experts :	80%	60%	40%	40%
<i>Marie, Constipation lors de l'acquisition de la propreté :</i>				
Réponses des généralistes :	1%	10%	93%	75%
Réponses des experts :	0	0	100%	100%
<i>Romane, Constipation occasionnelle :</i>				
Réponses des généralistes :	0	0	96%	35%
Réponses des experts :	0	0	100%	0%
<i>Cédric, Constipation sévère compliquée d'encoprésie :</i>				
Réponses des généralistes :	24%	45%	85%	78%
Réponses des experts :	0	40%	100%	100%

Nous avons effectué un test de rang de Spearman afin de comparer les réponses des médecins généralistes et celles des experts aux cas cliniques. La corrélation est mesurée par r_s (plus r_s est proche de 1, plus la corrélation est forte) et p est la significativité.

Celui-ci montre qu'il existe une **bonne corrélation** à propos des situations suivantes :

- Cas de Justine, « constipation » au lait de mère ($r_s=0,64$, $p<0,0001$)
- Cas de Théo, tendance à la constipation ($r_s=0,68$, $p<0,0001$)
- Cas de Marie, constipation lors de l'acquisition de la propreté ($r_s=0,67$, $p<0,0001$)

Il y a **d'avantage de divergences** concernant :

- Le cas de Julien, suspicion d'une cause organique ($r_s=0,51$, $p<0,0001$),
- Le cas de Romane, constipation occasionnelle ($r_s=0,51$, $p<0,0001$),
- Le cas de Cédric, constipation sévère compliquée d'encoprésie ($r_s=0,49$, $p<0,0001$).

Tableau 15 : Synthèse des traitements prescrits par les médecins généralistes et par les experts :

	Aucun traitement :	Lavements :	Laxatifs :	Suppositoires de glycérine :	Suppositoires d'Eductyl ® :	Autre réponse mentionnée par les généralistes :	Autre réponse mentionnée par les experts :
<i>« Constipation » au lait de mère :</i>							
Réponses des généralistes :	81%	0	3%	16%	3%	Hépar : 3%	
Réponses des experts :	100%	0	0	0	0	Pruneau : 1,5%	
<i>« Tendance à la constipation » :</i>							
Réponses des généralistes :	18%	1,5%	22%	56%	4%	Hépar : 21%	
Réponses des experts :	20%	0	80%	0	0	Modif. de lait : 6% Jus de fruits : 1,5%	Hépar : 20%
<i>Nourrisson constipé présentant des signes d'organicité :</i>							
Réponses des généralistes :	65%	4%	32%	16%	9%	Hépar : 6%	
Réponses des experts :	60%	0	40%	0	0	Modif. de lait : 6%	
<i>Constipation lors de l'acquisition de la propreté :</i>							
Réponses des généralistes :	24%	1,5%	57%	13%	15%	Soins locaux : 24%	
Réponses des experts :	0	0	100%	0	0	RHD : 3% Antalgiques : 1,5%	Proctolog ® : 20%
<i>Constipation occasionnelle :</i>							
Réponses des généralistes :	65%	0	22%	6%	10%	RHD et Hépar : 6%	
Réponses des experts :	100%	0	0	0	0	Réassurance : 1,5%	
<i>Constipation sévère compliquée d'encoprésie :</i>							
Réponses des généralistes :	22%	15%	71%	1,5%	29%	Psychoth. : 6%	
Réponses des experts :	0	60%	100%	0	20%	Débridat ® : 1,5%	

3.2 Questions générales à propos des modalités de prise en charge des enfants constipés :

3.2.1 Conseils et explications :

93% des médecins traitants disent **toujours** prendre le temps de donner des **conseils** à l'enfant et à sa famille. Ces conseils sont les suivants, listés par ordre de fréquence :

Tableau 16 : Conseils que les médecins traitants ont l'habitude de donner à l'enfant et à sa famille. En bleu, les réponses des experts :

Consommer d'avantage de fibres et moins de sucres rapides.	57	85%	100%
Boire de l'eau d'Hépar.	54	81%	20%
Arrêter de se retenir.	51	76%	60%
Boire plus d'eau.	49	73%	100%
Faire du sport, bouger plus.	46	69%	60%
Prendre l'habitude d'aller aux toilettes tous les jours.	46	69%	100%
Aménager les toilettes pour qu'ils soient accessibles et confortables pour l'enfant	38	57%	100%
Aller à la selle de préférence après les repas.	13	19%	80%
Autre :			
➤ Se rendre aux toilettes le matin après le petit-déjeuner.	1		
➤ Consommer des pruneaux.	1		
➤ Faire des massages abdominaux.	1		

3.2.2 Utilisation des lavements :

- **31% des médecins traitants** disent **ne jamais utiliser de lavement chez l'enfant**.

Un médecin dit ne jamais utiliser de lavement sans avis spécialisé.

Quand ils sont prescrits, ils le sont dans les situations suivantes :

Tableau 17 :

Si l'enfant semble avoir un fécalome.	44	65%
Si l'enfant présente une encoprésie ou une énurésie.	16	24%
Systematiquement en début de traitement si la constipation paraît sévère.	12	18%
Si l'enfant n'a pas eu de selle depuis plusieurs jours.	10	15%
Autre situation :		
➤ Fécalome perçu au toucher rectal,	1	1,5%
➤ douleurs.	1	1,5%

- Les spécialités utilisées sont soit le **Microlax** ® (cité par 30 médecins), soit le **Normacol** ® (cité par 25 médecins).
- A la question « *Trouvez-vous les lavements faciles à faire accepter à l'enfant et à sa famille ?* », **37%** des médecins répondent que **oui**, 26% ne trouvent pas cela facile et 22% sont sans avis.
- Lorsque la réponse est non, les raisons invoquées sont souvent **l'aspect invasif et traumatisant** pour l'enfant, la **difficulté de réalisation** et le fait de **focaliser sur la sphère anale**.

- 2 des 5 experts (40%) disent **ne jamais prescrire de lavements**. L'un d'entre eux les trouve difficiles à faire accepter, considérant que l'on vient **agresser une zone lésée**. Le second est sans avis sur cette question.
- Les experts qui prescrivent des lavements utilisent exclusivement du **Normacol**®.
- Quand ils sont prescrits, ils le sont dans les situations suivantes :

Tableau 18 :

Si l'enfant semble avoir un fécalome.	60%
Si l'enfant présente une encoprésie ou une énurésie.	60%
Si l'enfant n'a pas eu de selle depuis plusieurs jours.	40%
Systematiquement en début de traitement si la constipation paraît sévère.	20%

3.2.3 Utilisation des laxatifs :

➤ Tableau 19 : Spécialités utilisées par les médecins généralistes :

Forlax ® :	40	59%	Méloxose ® :	4	6%
Importal ® :	25	37%	Huile de paraffine ® :	3	4%
Duphalac ® :	20	29%	Transipeg ® :	2	3%
Lansoyl ® :	10	15%	Movicol ® :	1	1,5%

Le Forlax ® est utilisé en **première intention** dans 49% des cas, et l'Importal ® dans 21%. Un médecin mentionne ne jamais avoir eu besoin d'autre chose que du Forlax ®, si les conseils sont correctement suivis.

Un médecin précise qu'il prescrit le traitement laxatif après avoir fait un lavement évacuateur.

Un médecin utilise de l'huile d'olive.

Deux médecins mentionnent ici le Débridat ®.

85% des médecins recommandent aux parents d'**adapter la dose journalière** de laxatifs au transit de l'enfant.

Dans **77% des cas**, les médecins prescrivent un traitement laxatif pour une durée de **moins de un mois**, dans 3% des cas, pour une durée supérieure à trois mois.

➤ Les réponses des experts :

Le Forlax ® est la **référence pour tous les experts**. Un expert cite également le Duphalac ® et le Transulose ®.

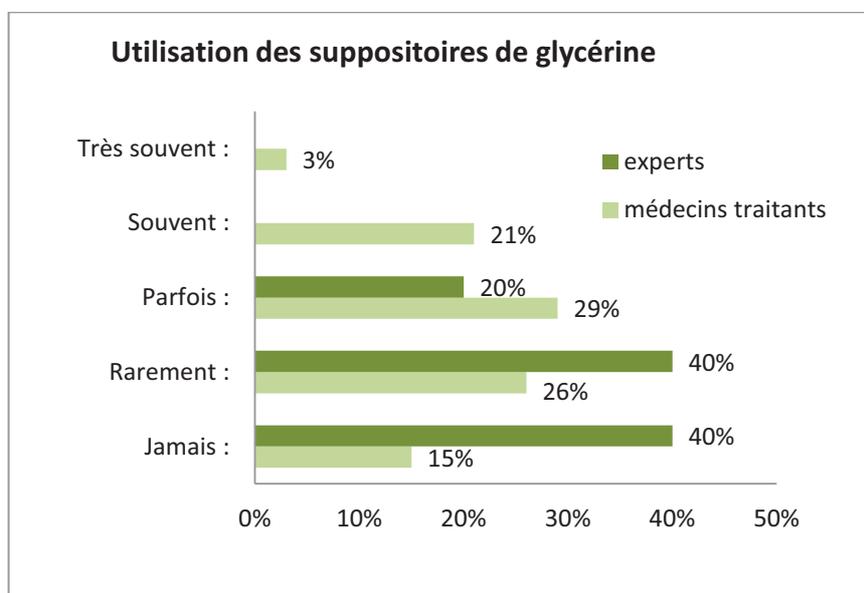
60% des experts recommandent aux parents **d'adapter la posologie quotidienne au transit de l'enfant**.

Tous les experts prescrivent les laxatifs pendant **plus de 3 mois**.

3.2.4 Utilisation des suppositoires de glycérine et d'Eductyl® :

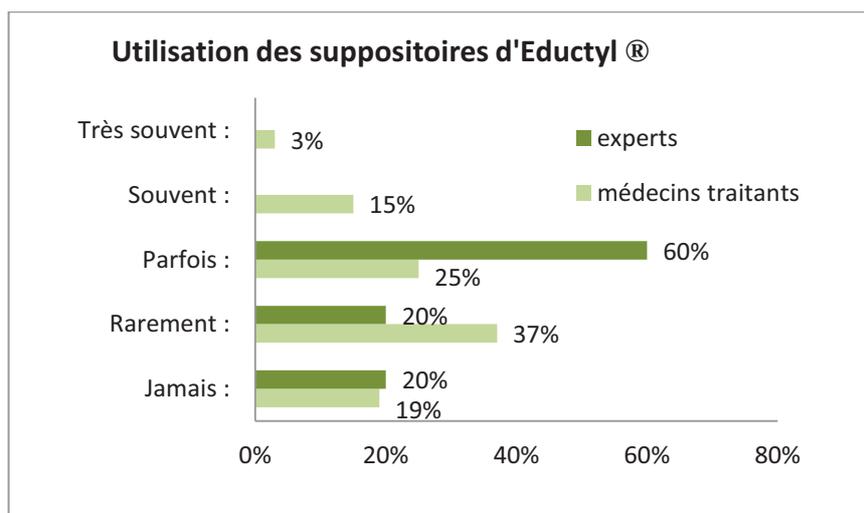
A la question « utilisez-vous des suppositoires de glycérine », les médecins traitants et les experts donnent les réponses suivantes :

[Graphique 11 :](#)



A la question « utilisez-vous des suppositoires d'Eductyl®? », les médecins traitants et les experts donnent les réponses suivantes :

[Graphique 12 :](#)



3.2.5 Recours aux examens complémentaires :

➤ Les réponses des médecins traitants :

Dans les cas cliniques de ce questionnaire, 24 médecins (35%) demandent un examen complémentaire dans le cadre d'une **constipation sévère compliquée d'encoprésie**, et 16 médecins (24%) y ont recours chez un **nourrisson constipé présentant des signes d'organicité**.

A la question « *Lorsque vous êtes amené à demander un examen complémentaire, lequel (ou lesquels) demandez-vous en première intention ?* » l'**ASP** (Abdomen Sans Préparation) est cité dans **63%** des cas, l'échographie dans 57% des cas, et le bilan biologique dans 16% des cas.

➤ Les réponses des experts :

Les examens complémentaires demandés en première intention par les experts sont les suivants :

Tableau 20 :

ASP :	2	40%
Manométrie :	2	40%
Lavement opaque :	1	20%
Biopsie à la pince de Noblett :	1	20%

L'échographie et le bilan biologique ne sont jamais cités.

Les experts ne demandent des examens complémentaires **que dans la situation d'un nourrisson présentant des signes d'organicité**.

A la question « *Lorsque vous êtes amené à demander un examen complémentaire, lequel (ou lesquels) demandez-vous en première intention ?* », un expert dit ne prescrire **aucun examen complémentaire**.

3.2.6 Relais avec les spécialistes :

Lorsque les médecins sont amenés à demander un avis spécialisé, ils adressent l'enfant à un **pédiatre dans 53%** des cas, à un **gastro-pédiatre dans 51%** des cas, et à un psychologue ou pédo-psychiatre dans 13% des cas.

37 médecins (54%) demandent un avis spécialisé dans le cas du **nourrisson présentant des signes d'organicité**, et 30 (44%) dans le cadre d'une **constipation sévère compliquée d'encoprésie**.

4. Le ressenti des médecins interrogés :

La plupart des médecins (75%) ont le sentiment de ne rencontrer des enfants constipés que rarement (28%) ou parfois (47%).

Dans la majorité des cas, la constipation des enfants ne pose pas de problème de prise en charge (92% des médecins disent ne rencontrer des difficultés que rarement ou parfois).

46% des médecins trouveraient utile ou très utile de disposer d'une recommandation sur le sujet, et 20% de participer à une FMC.

44 médecins ont répondu à la question « *dans votre pratique, la constipation de l'enfant vous pose-t-elle des difficultés ? Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?* ». On peut classer ces réponses en 2 catégories : les remarques générales, et les difficultés ressenties :

➤ Les remarques :

De nombreux médecins (30%) considèrent que les problèmes de constipation de l'enfant sont directement liés à un **déséquilibre alimentaire**, et que les **règles hygiéno-diététiques** sont suffisantes pour en venir à bout.

Les médecins mentionnent également régulièrement l'importance de **rassurer**, de « **désangoisser** » les parents, et de **dédramatiser** la situation. Particulièrement chez des nourrissons qui « vont bien ». La **réaction des mères et le rôle des mamies** sont également cités comme pouvant « dramatiser » les symptômes. Certains médecins notent

que les parents considèrent leurs enfants constipés dès qu'ils n'ont pas une selle tous les jours, alors que **le transit varie de façon physiologique d'un enfant à l'autre**.

A contrario, certains médecins remarquent que **la constipation est parfois minimisée** ou banalisée par les parents.

Enfin, quelques médecins font le **lien entre la constipation et les étapes, ou des blocages transitoires, de la vie de l'enfant**. L'école, la pudeur, les vacances, l'utilisation de toilettes extérieurs à la maison ou des toilettes inadaptés sont citées.

➤ Les difficultés rencontrées :

La constipation pose problème aux médecins traitants quand elle est **prolongée, opiniâtre malgré le traitement et les conseils** donnés. De même quand elle est **compliquée d'encoprésie**, ou qu'elle survient dans un **contexte psycho-social particulier**. Dans ces différents contextes, les médecins trouvent souvent nécessaires de recourir à un suivi spécialisé.

En second lieu, les médecins citent le **manque de temps** à la fois pour étayer la situation (appréciation de la symptomatologie, du contexte psycho-social et familial, habitudes de vie), et pour faire comprendre aux parents l'intérêt et la durée du traitement. Certains médecins soulignent que l'enfant reste constipé car les conseils et le traitement ne sont pas suivis, ou pas assez longtemps.

Certains médecins notent que les parents ne sont pas toujours faciles à rassurer.

Certains médecins mentionnent leur crainte de méconnaître une cause organique, ou un traumatisme (séviesses sexuels) sous-jacent à une encoprésie.

Enfin, un médecin fait part des difficultés (délai) à obtenir un rendez-vous spécialisé, et se demande comment faire en attendant. Un autre médecin se demande comment gérer le cas de la petite « Marie » 2 ans et demi, constipée au moment de l'acquisition de la propreté.

IV. Discussion :

1. A propos de la méthodologie :

La principale difficulté de cette étude a été de trouver **un moyen d'enquêter auprès des médecins généralistes**. Ceux-ci sont en effet régulièrement sollicités pour des enquêtes, et le travail administratif occupe une part non négligeable de leur temps de travail. Ainsi le taux de réponses à des questionnaires envoyés *larga manu* ne dépasse généralement pas 15-20%.

Dans un premier temps, nous avons pensé recruter une liste d'enfants constipés ayant consulté aux urgences pédiatriques, en PMI, et auprès des pharmacies, puis remonter la piste vers leur médecin traitant. Mais ceci posait un problème éthique et médico-légal puisqu'il aurait d'abord fallu contacter les familles afin de recueillir leur consentement.

D'autre part, la population des enfants qui consulte aux urgences est biaisée : le diagnostic de constipation y est souvent porté par excès, les parents anxieux sont plus nombreux que dans la population générale, et un certain nombre est venu consulter aux urgences sans passer par son médecin traitant, ou parce qu'il n'a pas été satisfait. Ce dernier point aurait rendu délicat le contact avec le médecin généraliste de ces enfants.

Nous avons donc choisi de réaliser un questionnaire à l'attention des médecins généralistes, en tentant d'obtenir un taux de réponse satisfaisant.

Le rayon de 35 km par rapport à mon domicile a été déterminé par le fait que je comptais initialement rencontrer les médecins généralistes afin de leur présenter mon étude et de leur remettre le questionnaire en mains propres. Le fait d'avoir d'abord pris le temps de contacter les médecins et de leur demander leur accord pour remplir le questionnaire a permis d'augmenter de façon significative le taux de réponses.

Le questionnaire devait répondre aux **contraintes des médecins généralistes** : le **temps de remplissage** ne devait pas excéder 10 minutes et les questions devaient essentiellement être sous forme de **questions fermées** afin de faciliter le remplissage. Pour tenter de le rendre moins monotone, nous avons choisi d'inclure quelques **cas cliniques**. Mais ces cas cliniques ne devaient pas donner le sentiment qu'on évaluait les pratiques...

Ainsi conçu, **notre questionnaire présentait des limites**, puisque les questions fermées avec propositions de réponses pouvaient induire des réponses auxquelles le médecin n'aurait pas forcément pensé.

D'autre part, **plusieurs questions étaient imprécises** : l'âge du médecin, et le nombre de consultations journalières (les réponses proposées étaient sous forme de « tranches ») ; on demandait aux médecins la façon dont ils prenaient en charge les enfants dans le cadre des cas cliniques (traitement prescrit, avis ou examen complémentaire, conseils donnés ?), mais la formulation des questions ne permettait pas de hiérarchiser l'ordre des réponses.

Enfin, il aurait été utile d'**ajouter deux questions**, l'une à propos de la *définition donnée à la constipation par le médecin généraliste*, et une autre à propos du *suivi des enfants constipés*.

2. A propos de notre échantillon :

Notre échantillon semble être **représentatif de la population des médecins généralistes haut-normands** concernant le sexe-ratio, la moyenne d'âge et les modes d'activité salarié ou libéral. Concernant la répartition des médecins généralistes en milieu urbain, semi-rural et rural, nous n'avons pas trouvé de données facilement comparables à celles de notre travail.

Nous avons rapproché les réponses des médecins généralistes de celles d'un panel d'experts constitué de gastropédiatres. Mais il faut souligner que les experts ne voient pas « les mêmes enfants constipés » que les médecins généralistes. En effet, l'avis des gastropédiatres intervient en deuxième ou troisième intention. Ils voient donc davantage de constipation sévère ou rebelle au traitement, sans compter les cas de constipation organique. Les médecins traitants, pour leur part, doivent parvenir à « faire le tri » parmi les différents tableaux cliniques qui se présentent à eux, et dépister les quelques cas de constipation organique, ou compliquée. Ils sont les premiers interlocuteurs en cas de constipation passagère ou peu sévère, ainsi que chez des nourrissons allaités ou ayant tendance à être constipés. Ces enfants ne sont quasiment jamais vus par les spécialistes.

3. Les résultats de notre enquête :

3.1 Les cas cliniques :

Il existe une bonne corrélation entre les réponses des médecins généralistes et celles des experts à propos des cas des **nourrissons allaités**, des cas de **tendance à la constipation** et de la **constipation contemporaine de l'acquisition de la propreté**.

Dans ces trois situations, les experts et la littérature mettent conseils, explications et réassurance au premier plan. Les conseils diététiques (eau d'hépar, fibres...) viennent ensuite, et un traitement n'est prescrit qu'exceptionnellement.

On note que pour les médecins généralistes, les recommandations diététiques occupent une place prépondérante. Les suppositoires de glycérine et d'Eductyl® sont très largement utilisés dans ce contexte, alors que les experts n'en utilisent jamais.

Les réponses divergent davantage à propos du cas des enfants **occasionnellement constipés**, de celui d'un **nourrisson présentant des signes d'organicité** et enfin, en cas de **constipation sévère compliquée d'encoprésie**.

- A propos du cas de Romane, constipée de façon occasionnelle, il y a divergence à propos du **traitement**. Aucun expert ne prescrit de traitement alors que 35% des généralistes en prescrivent un. Il s'agit d'un traitement laxatif dans la plupart des cas. Ce point est discutable, l'intitulé du cas clinique donnant peu d'informations sur la situation. Si le séjour est prolongé, un traitement laxatif ponctuel peut être justifié afin d'éviter de gâcher ces vacances du fait de douleurs abdominales, de fissures ou d'un comportement rétentionnel... Mais l'essentiel – médecins généralistes et experts sont d'accord – est de rassurer l'enfant et de lui apprendre à aller à la selle ailleurs que chez lui.

- A propos du cas de Julien, nourrisson présentant des signes d'organicité. Les médecins généralistes demandent un avis spécialisé aussi souvent que le feraient les experts. Les médecins généralistes demandent en revanche nettement moins souvent **d'examen complémentaire** que les experts. Ceci s'explique peut-être par le fait que les médecins généralistes attendent d'avoir un avis spécialisé pour déterminer quel examen complémentaire est nécessaire, ou de juger de l'évolution de la constipation dans le temps. D'après les remarques faites par les médecins généralistes en fin de questionnaire, une partie d'entre eux craint de méconnaître une cause organique, peut-être par méconnaissance

des signes d'alerte à rechercher. Prenant en compte ces remarques, nous avons élaboré une fiche pratique récapitulative à l'usage des médecins [Annexe 3].

- A propos du cas de Cédric, qui présente une constipation sévère compliquée d'encoprésie. Cette situation clinique est celle qui comporte le plus de divergence. Tous les experts prescrivent un traitement laxatif au long cours, et 60% d'entre eux des lavements au début du traitement.

22% des médecins généralistes n'initient pas de traitement dans cette situation, 2/3 d'entre eux souhaitant d'abord obtenir un avis spécialisé. Pourtant le traitement d'une encoprésie est d'abord celui de la constipation sous-jacente, il est simple et bien codifié. Certains médecins font allusion au délai pour obtenir un rendez-vous spécialisé et il paraît fondamental de ne pas laisser l'enfant dans cette situation critique en attendant.

D'autre part, les médecins généralistes semblent réticents à utiliser des lavements, invoquant leur aspect intrusif et traumatisant. Seuls 15% d'entre eux en prescrivent dans cette situation. Le Microlax® est cité plus souvent que le Normacol enfant®, bien qu'il ne soit pas, ou peu efficace du fait de son faible volume. Mais il paraît sans doute moins intrusif.

Enfin, 24% des médecins généralistes demandent un examen complémentaire alors qu'aucun n'expert n'en demande. Cela incite à penser que l'encoprésie est mal connue en ville, et qu'elle pose des problèmes de diagnostic et de prise en charge.

D.Gruet a publié une thèse, à propos de la prise en charge de l'encoprésie en 2010 [18]. Celle-ci confirme que le médecin traitant est le premier interlocuteur des familles dans ce contexte clinique.

40% des traitements prescrits pour l'encoprésie sont jugés inefficaces par les parents. Ce taux d'échec est imputé dans 90% des cas à la composition du traitement (rien dans 8% des cas ! Lavements dans 15% des cas) puis à la durée de prescription (60% des laxatifs sont prescrits pour moins de trois mois). Cependant, il faut tempérer ces résultats puisque les enfants recrutés dans cette étude étaient tous des enfants en échec thérapeutique consultant un gastro-pédiatre.

Cette enquête montre également que le traitement est institué avec retard (en moyenne après 7 mois), et qu'un suivi n'est proposé que dans 42% des cas (6,8% dans le cadre de la constipation).

Enfin, lorsque des explications sont données, l'encoprésie est attribuée à la constipation dans 30% des cas, à une cause psychologique dans 20% des cas, et que la paresse de l'enfant ou la résolution spontanée des troubles sont invoquées dans 17% des cas.

Pour conclure à propos de ces cas cliniques, on note que **deux des situations évoquées peuvent nécessiter un avis spécialisé** : le cas où une origine organique est suspectée, et le cas d'une encoprésie venant compliquer une constipation sévère, après échec d'un traitement bien conduit. On remarque que ce sont des situations dans lesquelles les médecins généralistes donnent **moins de conseils** que pour les autres cas. Se sentent-ils moins au fait, moins concernés ? Un **avis spécialisé est plus souvent demandé** dans ces différents contextes, ce qui paraît logique. Dans le cadre des constipations sévères, la **prise en charge semble problématique**. Il n'existe pas - encore - de recommandation française sur le sujet, mais son traitement est simple, efficace permettant un arrêt radical des « fuites », même si celles-ci existent depuis plusieurs années. L'encoprésie disparaît en même temps que le fécalome, parfois après une majoration initiale et transitoire des fuites qui ne doivent pas conduire les parents à arrêter ou diminuer le traitement.

Il s'agit d'abord de **désimpacter le colon** grâce à un lavement quotidien 3 jours de suite, puis d'instaurer un **traitement laxatif à dose efficace pour une durée prolongée**. Les suppositoires **d'Eductyl**® peuvent être utilisés pendant quelques jours, pour réapprendre à l'enfant à reconnaître la sensation de besoin, à raison d'un suppositoire par jour au moment semblant le plus adéquat (post-prandial le plus souvent). Parallèlement, assurer un **soutien psychologique** ainsi qu'un **suivi**, compte tenu de la durée nécessaire pour « rééduquer » le colon et l'enfant.

3.2 Les questions générales :

3.2.1 Les conseils hygiéno-diététiques :

De nombreux médecins considèrent que les problèmes de constipation de l'enfant sont directement liés à un **déséquilibre alimentaire**, et que les **règles hygiéno-diététiques** sont suffisantes pour en venir à bout. L'utilisation de l'**eau d'Hépar** est très souvent recommandée.

L'étude française menée par M.Bellaïche en 2010 [3], concernait 737 nourrissons constipés âgés de un à dix mois (*parmi 2000 nourrissons présentant des troubles*

fonctionnels intestinaux). Chez les enfants constipés qui n'étaient pas allaités, le médecin préconisait d'utiliser une eau fortement minéralisée dans 59% des cas, et de changer de lait dans 27% des cas. Des aliments accélérant le transit étaient conseillés dans 21% des cas, et même dans 46% des cas après quatre mois. 85% des mères à qui le médecin recommandait d'utiliser de l'eau fortement minéralisée attribuaient l'amélioration des symptômes à cette eau. 78% des mères à qui le médecin conseillait de changer de lait considéraient que ce changement avait permis d'améliorer les troubles. Mais l'enquête n'apportait pas de précision par rapport au type et à la sévérité des troubles. Néanmoins, il s'agit de nourrissons âgés de un à dix mois, on peut donc imaginer qu'il s'agit essentiellement de constipation banale ou passagère, pour laquelle les recommandations diététiques sont souvent suffisantes.

Dans notre étude, les conseils et explications semblent être bien délivrés. Il faudrait juste **insister d'avantage sur les principes « d'hygiène digestive »** qui sont moins souvent cités par les médecins traitants. Elles font partie des recommandations pour une prise en charge globale (apprendre à l'enfant à se rendre à la selle tous les jours, après les repas, dans des toilettes confortables et adaptées...) dans une optique de rééducation.

3.2.2 Les traitements laxatifs :

Les laxatifs sont **prescrits de façon très variée** en ville. 8 spécialités sont citées, alors que les recommandations actuelles ne citent que le PEG (Forlax ®) comme traitement de référence. Les experts et la littérature recommandent de prescrire le traitement laxatif de façon prolongée, c'est-à-dire pendant plusieurs mois. 77% des médecins généralistes prescrivent les laxatifs pour un période courte (moins de un mois), **seuls 3% le prescrivent pour plus de trois mois**. Il faut tempérer ce constat en répétant que les médecins généralistes ne voient pas les mêmes enfants que les experts, en particulier des enfants présentant une constipation passagère ou peu sévère. D'autre part, **l'AMM du Forlax ® restreint son utilisation à trois mois**, mais les experts prescrivent largement le PEG hors AMM pour des durées très prolongées. Une recommandation ainsi qu'une mise à jour de l'AMM sur le sujet seraient sans doute bienvenues, de très nombreux enfants constipés ne « guérissant pas » faute d'un traitement suffisamment prolongé ou insuffisamment dosé.

Dans notre étude, **85% des médecins recommandent aux parents d'adapter la dose transit de l'enfant**. Dans l'étude de Borowitz and coll [5], c'est le cas de 5% des médecins seulement.

3.2.3 Désimpaction colique initiale :

Cet aspect du traitement est un point de discussion intéressant, car source de divergences. Tous les articles que nous avons consultés au cours de ce travail considèrent que **désimpacter le colon** dans le cadre des **constipations sévères** permet d'**améliorer l'efficacité et la tolérance du traitement laxatif**. De plus, cette désimpaction permet un **arrêt immédiat des fuites** quand une encoprésie complique la constipation.

Nous ne revenons pas sur les différences de voies d'abord en fonction des pays.

Dans l'**étude de Borowitz and coll [5]** menée en 2005 auprès de 119 enfants constipés consultant leur médecin ou pédiatre traitant, un traitement évacuateur initial est prescrit dans 45% des cas. L'étude ne fait pas la distinction entre la voie orale et rectale.

Dans notre étude, 31% des médecins généralistes disent ne jamais prescrire de lavement. Mais ce taux est sans doute plus élevé si l'on considère la fréquence de prescription des lavements au cours des cas cliniques soumis aux médecins (seulement 15% lors d'une constipation sévère compliquée d'encoprésie et 4% en cas de signes d'organicité).

40% des experts disent ne jamais utiliser de lavement. Ceux-ci préconisent sans doute une désimpaction par voie orale, mais notre question parlait des lavements, nous n'avons donc pas plus de détail. **Seul le Transipeg® a l'AMM pour la désimpaction par voie orale** mais là encore, le Forlax® est largement utilisé par les experts dans cette indication.

Il semble que la désimpaction colique initiale dans le cadre des constipations sévères ne fait pas partie des habitudes en soins primaires, sans doute par manque d'informations sur le sujet. 26% des médecins traitants trouvent les lavements difficiles à faire accepter.

L'étude de Borowitz [5] montre que l'adhésion au traitement n'est pas diminuée si des lavements sont prescrits, et que l'observance est meilleure dans le groupe répondeur au traitement. On observe une meilleure efficacité du traitement quand celui-ci est « agressif », c'est-à-dire quand il y a eu une désimpaction initiale.

3.2.4 Les suppositoires de glycérine et d'Eductyl® :

Les experts n'utilisent jamais de **suppositoire de glycérine**, les différents articles ne les citent jamais non plus. Dans notre étude, ils sont par contre largement utilisés par les médecins généralistes, surtout dans les cas de tendance à la constipation (56% des prescriptions dans ce contexte) et chez les nourrissons allaités. Or dans ces situations, la réassurance et les explications sont en général suffisantes.

L'Eductyl® n'est utilisé par les experts que dans les cas de constipation sévère compliquée, ayant pour but de réapprendre à l'enfant à reconnaître la sensation de besoin.

3.2.5 Le recours aux examens complémentaires :

Il est **difficile de comparer les réponses des médecins généralistes à celles des experts** concernant la question des examens complémentaires. En effet, les gastropédiatres voient d'avantage d'enfants présentant une constipation sévère, ou en échec thérapeutique. D'autre part, ces spécialistes ont recours à des examens spécialisés dont on ne dispose pas en routine de ville. La manométrie est par exemple citée par 40% des experts et aucun médecin généraliste.

On note que **l'ASP est fréquemment prescrit** par les médecins traitants (63% des cas) ainsi que **l'échographie** (57% des cas). Selon la littérature, aucun examen complémentaire n'est utile pour établir le diagnostic de constipation. L'échographie n'est citée par aucun article sur le sujet, elle n'apporte aucun élément dans le cadre de la constipation mais elle permet de rassurer les parents dans le cadre de douleurs abdominales chroniques.

L'ASP est prescrit par 40% des experts. Il est utilisé pour visualisé le sacrum (suspicion d'organicité), ou pour visualiser un fécalome, dans un but pédagogique auprès des parents.

Enfin, on souligne que les experts ne demandent un examen complémentaire que dans le cadre ou une origine organique est suspectée. Les médecins généralistes demandent un examen complémentaire dans cette situation ainsi que dans le cadre d'une constipation sévère compliquée d'encoprésie. Cet élément conforte le fait que l'encoprésie semble poser des problèmes de diagnostic et de prise en charge en soins primaires.

V. Conclusion :

Cette enquête nous a permis de constater que la prise en charge des enfants constipés en soins primaires varie en **fonction du tableau clinique présenté**.

Le cas des nourrissons allaités, des enfants présentant une constipation idiopathique chronique ou une constipation occasionnelle sont des situations pour lesquelles la prise en charge initiale semble uniforme et bien corrélée aux recommandations.

On observe davantage de divergences à propos des cas de constipation sévère, ou de suspicion de cause organique. L'encoprésie, particulièrement, semble poser des difficultés de prise en charge. C'est pourtant dans ces cadres que l'on peut voir des complications graves ou invalidantes, et là où une prise en charge précoce serait la plus bénéfique.

Les recommandations diététiques occupent une place prépondérante pour les médecins généralistes, alors que le traitement médicamenteux est timidement prescrit, pour une durée souvent trop courte. Les suppositoires de glycérine sont largement utilisés, les lavements très rarement.

Une information destinée aux médecins généralistes à propos de la prise en charge médicamenteuse des enfants constipés serait sans doute utile, d'autant que l'AMM actuelle des traitements laxatifs restreint leur utilisation à trois mois, ce qui est contraire aux recommandations des experts et des sociétés savantes.

Les experts insistent sur une **prise en charge globale** : éducative, diététique et médicamenteuse. Il importe d'abord de déterminer les causes à l'origine de la constipation afin de mieux cibler le traitement : correction des habitudes alimentaires chez des enfants qui ne boivent que du soda, réassurance, ré-apprentissage des habitudes digestives et laxatifs prolongés chez les enfants qui se retiennent, lavements, laxatifs prolongés et parfois psychothérapie chez les enfants présentant une encoprésie.

Les **principales difficultés ressenties en soins primaires** concernent les cas de constipation prolongée, ou compliquée d'encoprésie et la crainte de méconnaître une origine organique. L'un des objectifs de ce travail était de cibler les difficultés et les écueils rencontrés par les médecins généralistes quand ils prennent en charge des enfants constipés. Nous avons tenté d'élaborer une fiche pratique destinée à l'usage des médecins généralistes afin d'optimiser la prise en charge de ces enfants. Celle-ci est présentée en [\[Annexe 3\]](#).

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire « papier » adressé aux Médecins Généralistes.

Chère consœur, cher confrère,

Je m'appelle Eve Condoret, je suis médecin généraliste et je travaille actuellement sur ma thèse qui a pour sujet les « modalités de prise en charge de la constipation de l'enfant en soins primaires ».

Il s'agit en effet d'un motif de recours fréquent en médecine générale.

J'ai ainsi besoin de votre aide et vous serais très reconnaissante si vous acceptiez de répondre à ce questionnaire. Toutes les données seront, bien sûr, traitées de façon strictement anonyme et confidentielle.

Si vous aviez besoin d'informations complémentaires, je suis joignable au

Si vous le souhaitez, je ne manquerai pas de vous faire parvenir les résultats de ce travail sous forme de fiches pratiques.

Pour mieux vous connaître :

1. Etes-vous :

- Un homme Une femme

2. Votre tranche d'âge :

- 25-35 ans
 36-45 ans
 46-55 ans
 56-65 ans
 > 65 ans

3. Exercez-vous :

- En milieu rural Seul
 En milieu urbain En cabinet de groupe
 En milieu semi-rural

4. Quel est votre nombre moyen de consultations par jour ?

- < 15 15-20 20-25 25-30
 30-35 35-40 > 40

5. Avez-vous une activité complémentaire à votre exercice libéral ? (*pmi, gériatrie...*)

- Non
 Oui > Laquelle ?

6. Avez-vous une qualification spécifique complémentaire ? (*certificat, DU...*)

- Non
 Oui > Laquelle ?

7. Dans votre activité, quelle part la pédiatrie occupe-telle ?

- Très importante (>30%) Importante (20-30%) Modérée (10-20%) Minime (<10%) Nulle

8. Participez-vous à un groupe de formation médicale continue ou à un groupe de pairs ?

- Non
 Oui : Occasionnellement
 Régulièrement

Quelques cas cliniques autour de la constipation de l'enfant :

Dans les situations suivantes, que faites-vous habituellement ? <i>(Plusieurs réponses possibles pour chaque cas clinique)</i>	Demandez-vous des examens complémentaires ?	Demandez-vous un avis spécialisé ?	Donnez-vous des conseils, des explications ?	Prescrivez-vous un traitement ?	Si oui, quel(s) traitement(s) prescrivez-vous ?
Justine a 6 semaines, elle est allaitée. Sa maman est inquiète car elle n'a qu'une selle tous les trois jours. Votre examen clinique est normal, la croissance de Justine parfaite.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> laxatifs <input type="checkbox"/> glycérine <input type="checkbox"/> lavements <input type="checkbox"/> éductyl <input type="checkbox"/> autre :			
Théo a 6 semaines, il boit des biberons de lait maternisé, il n'a qu'une selle tous les trois jours. Sa mère est constipée. Quand il va à la selle, Théo pleure, pousse très fort et devient rouge. Votre examen clinique est normal, la croissance est correcte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> laxatifs <input type="checkbox"/> glycérine <input type="checkbox"/> lavements <input type="checkbox"/> éductyl <input type="checkbox"/> autre :			
Julien a 6 semaines, sa maman est inquiète car il est ballonné, n'a que deux selles par semaine seulement si sa maman lui a mis un suppositoire de glycérine. Il lui arrive régulièrement de vomir.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> laxatifs <input type="checkbox"/> glycérine <input type="checkbox"/> lavements <input type="checkbox"/> éductyl <input type="checkbox"/> autre :			
Marie a 2 ans et demi, et n'est pas tout à fait propre. Elle se retient et n'a une selle que si on lui met une couche. Vous ne notez qu'une petite fissure anale.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> laxatifs <input type="checkbox"/> glycérine <input type="checkbox"/> lavements <input type="checkbox"/> éductyl <input type="checkbox"/> autre :			
Romane a 5 ans, elle est constipée de façon occasionnelle, surtout lors des vacances chez sa grand-mère. L'examen et la croissance sont normaux, le transit à la maison est normal.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> laxatifs <input type="checkbox"/> glycérine <input type="checkbox"/> lavements <input type="checkbox"/> éductyl <input type="checkbox"/> autre :			
Cédric a 8 ans. Il est constipé depuis plusieurs années et ne va à la selle que tous les 4-5 jours. La maitresse a fait remarquer aux parents que Cédric souille régulièrement ses sous-vêtements...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> laxatifs <input type="checkbox"/> glycérine <input type="checkbox"/> lavements <input type="checkbox"/> éductyl <input type="checkbox"/> autre :			

1. Parmi les conseils suivants, lesquels avez-vous l'habitude de donner dans le cadre d'une constipation fonctionnelle chez un enfant ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Consommer d'avantage de fibres et moins de sucres rapides.
- Boire plus d'eau.
- Boire de l'eau d'Hépar.
- Faire du sport, bouger plus.
- Prendre l'habitude d'aller aux toilettes tous les jours.
- Aller à la selle de préférence après les repas.
- Aménager les toilettes pour qu'ils soient accessibles et confortables pour l'enfant.
- Arrêter de se retenir.
- Autre :

2. Lorsque vous êtes amené à prendre en charge un enfant constipé, donnez-vous des explications à l'enfant et à sa famille ?

- Oui, toujours.
- Oui, parfois.
- Non, c'est sans intérêt.
- Non, pas le temps.

3. Quand vous prescrivez un traitement laxatif,

➤ Quelle(s) spécialité(s) utilisez-vous le plus souvent ? (Dans l'ordre de vos habitudes)

1.
2.
3.

➤ Recommandez-vous aux parents d'adapter la dose journalière au transit de l'enfant ?

- Oui
- Non

➤ Pour quelle durée prescrivez-vous habituellement des laxatifs dans le cadre d'une constipation fonctionnelle chez l'enfant ?

- Quelques jours, le temps de « débloquer » la situation.
- 15 jours-1 mois.
- 2-3 mois.
- Plus de 3 mois.

4. Utilisez-vous des suppositoires de glycérine ?

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

5. Utilisez-vous des suppositoires d'éductyl ?

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

6. Quand vous prescrivez un lavement,

➤ Quelle(s) spécialité(s) utilisez-vous le plus souvent ? (Dans l'ordre de vos habitudes)

1.
 2.
 3.
- Je n'en prescris jamais chez l'enfant.

➤ Quand prescrivez-vous des lavements ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Si l'enfant n'a pas eu de selle depuis plusieurs jours.
> Dans ce cas, précisez après combien de jours :
- Si l'enfant semble avoir un fécalome.
- Si l'enfant présente une encoprésie ou une énurésie.
- Systématiquement au début du traitement si la constipation paraît sévère.
- Autre :

➤ Trouvez-vous les lavements faciles à faire accepter à l'enfant et à sa famille ?

- Oui
- Non > Si non, pourquoi ?
- Sans avis.

7. Lorsque vous êtes amené à demander un examen complémentaire, lequel (ou lesquels) demandez-vous en première intention ?

- Un ASP.
- Une échographie abdominale.
- Un bilan biologique.
- Un temps de transit des marqueurs.
- Autre :

8. Lorsque vous êtes amené à demander un avis spécialisé, à qui adressez-vous l'enfant ?

- Un pédiatre.
- Un gastro-pédiatre.
- Un gastro-entérologue.
- Un psychologue ou un pédo-psychiatre.
- Autre :

Pour terminer :

✓ Dans votre pratique, avez-vous le sentiment de rencontrer des enfants constipés :

- Très souvent Souvent Parfois Rarement Jamais

✓ Dans votre pratique, la constipation de l'enfant vous pose-t-elle des difficultés ?

- Très souvent Souvent Parfois Rarement Jamais

> Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?

.....
.....
.....
.....

✓ Trouveriez-vous utile de disposer d'une recommandation pratique sur le sujet ?

- Extrêmement utile Très utile Utile Peu utile Inutile

✓ Trouveriez-vous utile de participer à une FMC sur le sujet ?

- Extrêmement utile Très utile Utile Peu utile Inutile

✓ Avez-vous des observations à formuler ?

.....
.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 2 : Questionnaire « mail » adressé aux Médecins Généralistes.

Le questionnaire présenté ici est une « copie d'écran », ce qui explique que le découpage ne soit pas toujours le même.

Le questionnaire « mail » adressé aux Experts est identique, hormis le mot d'introduction, les questions concernant le « profil des médecins généralistes » qui n'y figurent pas, ainsi que les questions à propos de leur ressenti.

Nous ne faisons donc pas apparaître cette version pour ne pas surcharger inutilement ce travail.

Prise en charge de l'enfant constipé en soins primaires.

Chère consœur, cher confrère,

Je m'appelle Eve Condoret, je suis médecin généraliste et je travaille actuellement sur ma thèse qui a pour sujet les « modalités de prise en charge de la constipation de l'enfant en soins primaires ».

Il s'agit en effet d'un motif de recours fréquent en médecine générale.

J'ai ainsi besoin de votre aide et vous serais très reconnaissante si vous acceptiez de répondre à ce questionnaire.

Toutes les données seront, bien sur, traitées de façon strictement anonyme et confidentielle, ni votre identité ni vos coordonnées mail n'apparaîtront.

Si vous aviez besoin d'informations complémentaires, je suis joignable au

Si vous le souhaitez, je ne manquerai pas de vous faire parvenir les résultats de ce travail sous forme de fiches pratiques.

Bien confraternellement.

Etes-vous :

- Une femme
- Un homme

Votre tranche d'âge :

25-35 ans ▼

Exercez-vous :

- En milieu rural
- En milieu urbain
- En milieu semi-rural

- Seul
- En cabinet de groupe

Quel est votre nombre moyen de consultations par jour ?

< 15 ▼

Avez-vous une activité complémentaire à votre exercice libéral ?

(pmi, gériatrie...)

- Non
 Oui

Si oui, laquelle ?

Avez-vous une qualification spécifique complémentaire ? (certificat, DU...)

- Non
 Oui

Si oui, laquelle ?

Dans votre activité, quelle part la pédiatrie occupe-telle ?

Très importante (>30%) ▼

Participez-vous à un groupe de formation médicale continue ou à un groupe de pairs ?

- Non
 Oui

Si oui :

- Régulièrement
 Occasionnellement

Continuer »

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Quelques cas cliniques :

Justine a 6 semaines, elle est allaitée. Sa maman est inquiète car elle n'a qu'une selle tous les trois jours. Votre examen clinique est normal, la croissance de Justine parfaite.

Plusieurs réponses possibles :

- Demandez-vous des examens complémentaires ?
 Demandez-vous un avis spécialisé ?
 Donnez-vous des conseils ou des explications ?
 Prescrivez-vous un traitement ?

Si vous prescrivez un traitement, lequel (ou lesquels) ?

- Des laxatifs
 Des lavements
 Des suppositoires de glycérine
 Des suppositoires d'éductyl
 Autre :

Théo a 6 semaines, il boit des biberons de lait maternisé, il n'a qu'une selle tous les trois jours. Sa mère est constipée. Quand il va à la selle, Théo pleure, pousse très fort et devient rouge. Votre examen clinique est normal, la croissance est correcte.

Plusieurs réponses possibles :

- Demandez-vous des examens complémentaires ?
 Demandez-vous un avis spécialisé ?
 Donnez-vous des conseils ou des explications ?
 Prescrivez-vous un traitement ?

Si vous prescrivez un traitement, lequel (ou lesquels) ?

- Des laxatifs
 Des lavements
 Des suppositoires de glycérine
 Des suppositoires d'éductyl
 Autre :

Julien a 6 semaines, sa maman est inquiète car il est ballonné, n'a que deux selles par semaine à condition de lui avoir mis un suppositoire de glycérine.

Plusieurs réponses possibles :

- Demandez-vous des examens complémentaires ?
- Demandez-vous un avis spécialisé ?
- Donnez-vous des conseils ou des explications ?
- Prescrivez-vous un traitement ?

Si vous prescrivez un traitement, lequel (ou lesquels) ?

- Des laxatifs
- Des lavements
- Des suppositoires de glycérine
- Des suppositoires d'éductyl
- Autre :

Marie a 2 ans et demi, et n'est pas tout à fait propre. Elle se retient et n'a une selle que si on lui met une couche. Vous ne notez qu'une petite fissure anale.

Plusieurs réponses possibles :

- Demandez-vous des examens complémentaires ?
- Demandez-vous un avis spécialisé ?
- Donnez-vous des conseils ou des explications ?
- Prescrivez-vous un traitement ?

Si vous prescrivez un traitement, lequel (ou lesquels) ?

- Des laxatifs
- Des lavements
- Des suppositoires de glycérine
- Des suppositoires d'éductyl
- Autre :

Romane a 5 ans, elle est constipée de façon occasionnelle, surtout lors des vacances chez sa grand-mère. L'examen et la croissance sont normaux, le transit à la maison est normal.

Plusieurs réponses possibles :

- Demandez-vous des examens complémentaires ?
- Demandez-vous un avis spécialisé ?
- Donnez-vous des conseils ou des explications ?
- Prescrivez-vous un traitement ?

Si vous prescrivez un traitement, lequel (ou lesquels) ?

- Des laxatifs
- Des lavements
- Des suppositoires de glycérine
- Des suppositoires d'éductyl
- Autre :

Cédric a 8 ans. Il est constipé depuis plusieurs années et ne va à la selle que tous les 4-5 jours. La maîtresse a fait remarquer aux parents que Cédric souille régulièrement ses sous-vêtements...

Plusieurs réponses possibles :

- Demandez-vous des examens complémentaires ?
- Demandez-vous un avis spécialisé ?
- Donnez-vous des conseils ou des explications ?
- Prescrivez-vous un traitement ?

Si vous prescrivez un traitement, lequel (ou lesquels) ?

- Des laxatifs
- Des lavements
- Des suppositoires de glycérine
- Des suppositoires d'éductyl
- Autre :

Parmi les conseils suivants, lesquels avez-vous l'habitude de donner dans le cadre d'une constipation fonctionnelle chez un enfant ?

Plusieurs réponses possibles

- Consommer d'avantage de fibres et moins de sucres rapides.
- Boire plus d'eau.
- Boire de l'eau d'Hépar.
- Faire du sport, bouger plus.
- Prendre l'habitude d'aller aux toilettes tous les jours.
- Aller à la selle de préférence après les repas.
- Aménager les toilettes pour qu'ils soient accessibles et confortables pour l'enfant.
- Arrêter de se retenir.
- Autre :

Lorsque vous êtes amené à prendre en charge un enfant constipé, donnez-vous des explications à l'enfant et à sa famille ?

- Oui, toujours.
- Oui, parfois.
- Non, c'est sans intérêt.
- Non, pas le temps.

Quand vous prescrivez un traitement laxatif,

Quelle(s) spécialité(s) utilisez-vous le plus souvent ? (Dans l'ordre de vos habitudes)

Recommandez-vous aux parents d'adapter la dose journalière au transit de l'enfant ?

- Oui
- Non

Pour quelle durée prescrivez-vous habituellement des laxatifs dans le cadre d'une constipation fonctionnelle chez l'enfant ?

- Quelques jours, le temps de « débloquer » la situation.
- 15 jours-1 mois.
- 2-3 mois.
- Plus de 3 mois.

Utilisez-vous des suppositoires de glycérine ?

1 2 3 4 5

Très souvent Jamais

Utilisez-vous des suppositoires d'éductyl ?

1 2 3 4 5

Très souvent Jamais

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Quand vous prescrivez un lavement,

Quelle(s) spécialité(s) utilisez-vous le plus souvent ? (Dans l'ordre de vos habitudes)

Quand prescrivez-vous des lavements ? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'en prescris jamais chez l'enfant.
- Si l'enfant n'a pas eu de selle depuis plusieurs jours.
- Si l'enfant semble avoir un fécalome.
- Si l'enfant présente une encoprésie ou une énurésie.
- Systématiquement au début du traitement si la constipation paraît sévère.
- Autre :

Trouvez-vous les lavements faciles à faire accepter à l'enfant et à sa famille ?

- Oui
- Non
- Sans avis

Si non, pourquoi ?

Lorsque vous êtes amené à demander un examen complémentaire, lequel (ou lesquels) demandez-vous en première intention ?

- Un ASP.
- Une échographie abdominale.
- Un bilan biologique.
- Un temps de transit des marqueurs.
- Autre :

Lorsque vous êtes amené à demander un avis spécialisé, à qui adressez-vous l'enfant ?

- Un pédiatre.
- Un gastro-pédiatre.
- Un gastro-entérologue.
- Un psychologue ou un pédo-psychiatre.
- Autre :

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Pour terminer :

Dans votre pratique, avez-vous le sentiment de rencontrer des enfants constipés :

1 2 3 4 5

Très souvent Jamais

Dans votre pratique, la constipation de l'enfant vous pose-t-elle des difficultés ?

1 2 3 4 5

Très souvent Jamais

Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?

Trouveriez-vous utile de disposer d'une recommandation pratique sur le sujet ?

1 2 3 4 5

Très utile Inutile

Trouveriez-vous utile de participer à une FMC sur le sujet ?

1 2 3 4 5

Très utile Inutile

Avez-vous des observations à formuler ?

« Retour

Envoyer

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Annexe 3 : Fiche pratique destinée aux Médecins Généralistes.

➤ Prise en charge de la Constipation fonctionnelle, les points clefs :

1. Evaluer la sévérité du tableau.
2. Eduquer l'enfant et sa famille.
3. Corriger les erreurs diététiques.
4. Les lavements : parfois.
5. Les laxatifs : fort et longtemps.
6. Le suivi ; toujours.



Illustration : Sophie Guéant ©

- Plus de fibres, plus d'eau, moins de sucre.
- Aller aux toilettes tous les jours, lors de la sensation de besoin (souvent post-prandiale).
- Environnement propre et confortable (marche et réducteur, papier disponible, vêtements pratiques à enlever seul).
- Faire visualiser à l'enfant ses progrès : pourquoi pas un calendrier pour noter les jours avec et sans selles ou « accident ».

➤ Constipation au lait de mère :
Chez un nourrisson ne présentant aucun signe d'organicité, rassurer la mère...

➤ Tendance à la constipation, constipation transitoire ou banale :

- Rassurer, adapter l'alimentation.
- Parfois, laxatifs transitoirement (PEG).

➤ Constipation sévère, avec ou sans encoprésie :

- **Si impaction fécale**, lavement quotidien pendant 3 jours de suite (Normacol enfant® ou PEG per os à forte dose, selon le contexte).
- **PEG (Forlax®)** 0,5 g/kg/jour, à **adapter** au transit, peu importe la dose et la durée, **c'est l'effet qui compte**.
- **Prévenir** que les laxatifs peuvent majorer les fuites initialement, il ne faut pas diminuer le dosage. **Expliquer** qu'il n'y a pas d'accoutumance, pas de risque à une utilisation prolongée du PEG.
- Rééducation par **Eductyl®** dans certains cas.
- **Soutien psychologique**, renforcement positif.
- **Suivi** indispensable, la motricité colique est perturbée, il faut du temps pour que le colon retrouve une anatomie et une fonction normales.



NE PAS OUBLIER :

- De traiter aussi une **anite** : antibiothérapie orale si **Streptatest** positif.
- De traiter une **fissure** : Septivon®, Eosine® et parfois Lidocaine®.

--La constipation de l'enfant--

➤ Quelques chiffres :

- Jusqu'à **30% des enfants d'âge scolaire**.
- 5% des motifs de consultations pédiatriques en médecine générale.
- 25% des motifs de consultations en gastro-pédiatrie.
- Fonctionnelle dans plus de 95% des cas.

Bien que fréquente, la constipation de l'enfant est rarement un « premier motif de consultation ». Les conséquences peuvent être très invalidantes (encoprésie, fissure, douleurs abdominales récurrentes) il est fondamental de la dépister de façon systématique.

➤ Quand la suspecter ?

- Moins de 3 selles par semaine,
- Au moins 1 épisode d'incontinence fécale par semaine,
- Position, comportement rétentionnel,
- Selles douloureuses ou difficiles à émettre,
- Pouvant parfois boucher les toilettes,
- Fécalome perçu à la palpation abdominale, ou au TR.

➤ 5% de causes organiques, quels signes d'alerte rechercher ?

- Retard d'émission du méconium (>48h)
- Syndrome sub-occlusif (Vomissements bilieux, Ballonnements)
- Débâcle de selles diarrhéiques
- Retard de croissance pondérale
- Anus semblant malformé ou antéposé
- Notion de selles fines, « en rubans »
- Anomalie de la région lombo-sacrée
- Constipation à l'introduction du lait de vache, ou à la diversification.

➤ Des examens complémentaires nécessaires ?

- Seulement si une cause organique est suspectée (rectomannométrie si, suspicion de Hirschsprung, bilan biologique si suspicion de maladie métabolique, d'APLV ou de maladie cœliaque, IRM si anomalie de la région lombo-sacrée).
- **Aucun examen n'est nécessaire pour poser le diagnostic de constipation fonctionnelle, y compris en cas d'encoprésie sur constipation sévère.**
- L'ASP peut avoir un intérêt pédagogique auprès des parents pour montrer un fécalome.

➤ L'encoprésie :

- Dans la majorité des cas, l'encoprésie **complique une constipation sévère**, les autres situations sont rares.
- Il faut du temps pour expliquer aux parents que les **fuites sont involontaires**, qu'elles sont le fait d'un fécalome qui laisse l'anus entrebâillé, à travers lequel les selles fuient...
- Le **traitement est simple**, permettant un **arrêt radical des fuites** même si celles-ci évoluent depuis plusieurs années !
- En général, l'encoprésie disparaît en même temps que le fécalome.

En-QUOI-présie ?



Photo libre de droit www.fotosearch.com k0777234

Illustration : Etienne et Anne Carpentier ©



➤ La constipation fonctionnelle : identifier les causes :

Les grandes étapes de la vie de l'enfant :

- 8 jours : tendance à la constipation
- 1 mois : constipation au lait maternel
- 2 ans : éducation à la propreté
- 3 ans, 6 ans, 11 ans : **l'école** est la première cause de constipation. (Pudeur, accessibilité malpropreté...)

A tout âge :

- Evènement aigu : Voyage, alitement, fissure, camping, **peur** des toilettes extérieures à la maison
- Contexte chronique : Erreurs diététiques, polyhandicap
- Sévices sexuels

BIBLIOGRAPHIE

1. **AFZAL A N, TIGHE P M, THOMSON A M**
Constipation in children.
Italian Journal of Pediatrics - 2011 37 (13) 28.
2. **ARCE D A., ERMOCILLA C A, COSTA H**
Evaluation of constipation.
American Family Physician - 2002 65 (11) 2283-2290.
3. **BELLAÏCHE M, KOSKAS M ET COLL**
Prévalence et prise en charge des troubles gastro-intestinaux fonctionnels : enquête auprès de 2000 mères de nourrissons âgés de un à dix mois.
Médecine et Enfance - 2010 241-246.
4. **BIGGS W S, DERY W H**
Evaluation and treatment of constipation in infant and children.
American Academy of Family Physicians - 2006 73 (3) 469-477.
5. **BOROWITZ S M, COX D J, AND COLL**
Treatment of childhood constipation by primary care physicians: efficacy and predictors of outcome.
Pediatrics - 2005 115 (4) 873-877.
6. **COTTERET S**
La constipation de l'enfant : un problème de médecine générale.
Thèse, Tours, 2005.
7. **COUDERC L**
Allergie aux protéines de lait de vache.
Archives de Pédiatrie - 2009 16 12-13.
8. **CULBERT T P, BANEZ A B**
Integrative approaches to Childhood Constipation and Encopresis.
Pediatric Clinics of North America - 2007 54 (6) 927-947.
9. **DE POORTERE A**
La constipation du nourrisson et du jeune enfant vue par le médecin généraliste : enquête auprès de 194 omnipraticiens du département du nord.
Thèse, Lille 2 - 2005.
10. **DINESH S, PASHANKAR M D**
Childhood constipation: evaluation and management.
Clinics in Colon and Rectal Surgery - 2005 18 (2) 120-127.
11. **ESPGHAN, NASPGHAN**
News and views.
Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2005; 40: 273-275.
12. **ESPGHAN**
Guidelines for the diagnosis of coeliac disease in children and adolescents. An evidence-based approach.
Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition - 2012 54 136-160.

13. **FRANCART A**
Constipation de l'enfant et sa prise en charge.
Thèse, Paris Pierre et Marie Curie, 2006.
14. **GARCETTE K, ROUSSEAU V**
Constipation : surprise sous la couche !
Médecine et Enfance - 2007: 377-378.
15. **GILET-MAIRESSE S**
Devenir à long terme de la constipation chez l'enfant.
Thèse, Lille 2 - 2003.
16. **GINIES J L**
Constipation de l'enfant: diagnostic et prise en charge.
Journal de Pédiatrie et de Puériculture - 2001 14 223-227.
17. **GOULET O**
Prise en charge de la constipation de l'enfant.
Archives de Pédiatrie - 1999 6 1224-30.
18. **GRUET-DANSET D**
Prise en charge de l'encoprésie sur constipation de l'enfant : étude prospective multicentrique à propos de 35 cas.
Thèse, Rouen - 2010.
19. **HAS**
Que reste-t-il de la radio d'abdomen sans préparation chez l'enfant ? - Fiche BUTS
janvier 2009, www.has-sante.fr
20. **HAS**
Recherche d'anticorps dans la maladie cœliaque : diagnostic et suivi de l'observance du régime sans gluten.
Janvier 2007, www.has-sante.fr
21. **HYMAN P E AND COLL**
Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler.
Gastroenterology - 2006 130 (5) 1519-1526.
22. **KALACH N, CAMPEOTTO F ET COLL**
Constipation fonctionnelle de l'enfant : stratégie des explorations et orientations.
Journal de Pédiatrie et de Puériculture - 2009 22 326-336.
23. **LACHAUX A, ROY P**
Du symptôme au diagnostic, la constipation. Constipation in children.
Archives de Pédiatrie - 2008 15: 95-101.
24. **LUNDBLAD B, HELLSTRÖM A L**
Perceptions of school toilets as a cause for Irregular Toilet Habits among schoolchildren aged 6 to 16 years.
Journal of School Health - 2005 75 (4) 125-128.

25. **MEURY S N, ERB T, SCHAAD UB, HEININGER U**
Randomized, comparative efficacy trial of oral penicillin versus cefuroxime for perianal streptococcal dermatitis in children.
 Journal of pediatrics 2008; 153 : 799-802.
26. **MONTGOMERY D F AND COLL**
Management of Constipation and Encopresis in Children.
 Journal of Pediatric Health Care - 2008 22 199-204.
27. **MOUSTERDE O**
Les troubles fonctionnels intestinaux : l'enfant est un adulte en devenir.
 Médecine et Enfance - 2009 14-16.
28. **MOUSTERDE O**
L'encoprésie de l'enfant. Mise au point.
 Le Quotidien du Médecin - 1996 5942 1-7.
29. **MOUSTERDE O**
Efficacité du polyéthylène glycol dans les constipations sévères de l'enfant avec ou sans encoprésie.
 Médecine et Enfance - 2005 151-152.
30. **MOUSTERDE O**
La constipation de l'enfant.
 Med Actuel FMC - 2003 57-66.
31. **MOUSTERDE O**
Constipation sévère de l'enfant.
 Archives de Pédiatrie - 2009 16 22-23.
32. **NASPGHAN**
Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.
 Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition - 2006 43 (3) e1-13.
33. **NASPGHAN**
Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: Summary of Updated Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.
 Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition - 2006 43 (3) 405-407.
34. **NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)**
Constipation in children and young people. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care.
 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NICE Clinical Guidelines N° 99 - 2010
35. **NETTER F H**
Atlas d'Anatomie Humaine
 4° édition, éditions MASSON
36. **OBSERVATOIRE FRANÇAIS DE MEDECINE GENERALE**
www.omg.sfmq.org

37. **PHILICHI L AND COLL**
When the going gets tough: pediatric constipation and encopresis.
Gastroenterology Nursing - 2008 31 (2) 121-130.
38. **RANCE F**
Actualités (2009) sur l'exploration et la prise en charge de l'allergie aux protéines du lait de vache (APLV).
www.allergienet.com
39. **RASQUIN A AND COLL**
Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent.
Gastroenterology - 2006 130 (5) 1527-1537.
40. **REDING R**
Pathologie anorectale de l'enfant et de l'adolescent.
Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2005.
41. **ROMESTAING P, LE BRETON-LEROUVILLOIS G**
La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie. Situation au 1^{er} juin 2011. Les soins de premier recours – médecine générale.
Atlas de démographie médicale régionale : 27-36.
<http://www.conseil-national.medecin.fr>
42. **RUBIN G, DALE A**
Chronic constipation in children.
BMJ - 2006 333 (7577) 1051-1055.
43. **VAN DIJK M, BENNINGA M A, AND COLL**
Chronic childhood constipation: A review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program.
Patient Education and Counseling - 2007 67 (1-2) 63-77.
44. **VAN WERING H M, TABBERS M M, BENNINGA M A**
Are constipation drugs effective and safe to be used in children? A review of the literature.
Expert Opinion Drugs Safety - 2012 11 (1) 71-82
45. **YOUSSEF N N, LANGSEDER A L AND COLL**
Chronic Childhood Constipation Is Associated with Impaired Quality of Life: A case-Controlled Study.
Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition - 2005 41 (1) 56-60.

RESUME :

La constipation chez l'enfant est un **trouble fréquent, parfois grave** du fait de ses conséquences physiques ou psycho-sociales. Elle est **fonctionnelle** dans plus de 95% des cas mais une origine organique doit systématiquement être éliminée. Le **médecin généraliste** est le premier interlocuteur de ces enfants. L'institution d'un traitement, après avoir éliminé une cause organique et évalué la sévérité des troubles, est de son ressort.

Notre étude a pour but d'évaluer de quelle façon les enfants constipés sont pris en charge en soins primaires, et de déterminer quelles sont les difficultés auxquelles le médecin généraliste a à faire face.

Nous avons mené une **étude prospective** auprès de **68 médecins généralistes** interrogés par questionnaire. Parallèlement, le même questionnaire a été soumis à un **panel d'experts** constitué de 5 gastropédiatres du Groupe Francophone d'Hépatogastro et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP) afin de corréler les réponses des médecins généralistes et de ces experts.

Notre enquête a montré que la prise en charge des enfants constipés en soins primaires **varie en fonction du tableau clinique** présenté. Les nourrissons allaités, les enfants ayant une tendance à la constipation ou présentant une constipation transitoire sont des situations pour lesquelles la prise en charge semble uniforme et bien corrélée aux recommandations actuelles.

En revanche, la prise en charge semble plus **problématique** dans les cas des **constipations sévères** ou compliquées **d'encoprésie**. Dans ce cadre, le traitement laxatif est prescrit de façon trop ponctuelle pour une période trop courte. Les lavements ne sont prescrits qu'occasionnellement. L'utilisation des laxatifs est très variée alors que les experts et la littérature ne préconisent que l'utilisation du PEG à forte dose pour une durée prolongée.

Interrogés sur leur **ressenti** et sur les **difficultés rencontrées**, les médecins généralistes citent effectivement les cas de constipation sévère ou prolongée, ainsi que leur crainte de méconnaître une cause organique.

Cette enquête est l'une des rares études à propos de la prise en charge des enfants constipés par les médecins généralistes. La constipation sévère pose des difficultés de diagnostic et de prise en charge, ainsi que le dépistage des rares causes organiques. La prise en charge de la constipation fonctionnelle de l'enfant, qu'elle soit banale ou compliquée est pourtant bien codifiée, simple et efficace. Elle peut être initiée et suivie en soins primaires. Il serait donc intéressant qu'une **recommandation française** soit publiée, et que **l'AMM du PEG** et des **lavements** soient réajustées.

Afin de répondre aux difficultés ressenties, nous avons élaboré une **fiche pratique récapitulative** à l'usage des médecins traitants, **présentée à la fin de ce travail**.

MOTS CLEFS :

Constipation, Enfant, Médecin Généraliste, Médecin Traitant, Soins Primaires, Encoprésie, Traitement, Prise en Charge.

Constipation, Childhood, Primary Care Physician, General Practitioner, Encopresis, Treatment, Management.