



## Définition

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

## Rappel

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

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

## Mécanismes de l'encoprésie

En cas d'encoprésie, l'enfant se retient volontairement d'aller à la selle. Il ne va plus évacuer ses selles aux toilettes ou sur le pot, son rectum se remplit, et des fuites se produisent par débordement sans qu'il n'y pense.

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

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

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

Les enfants encoprétiqes sont souvent au départ des enfants constipés, ce qui facilite la stagnation des selles dans leur intestin et notamment dans leur rectum.

On distingue l'encoprésie de l'incontinence vraie, cette dernière étant due à une anomalie du sphincter causée par des maladies neurologiques ou à des malformations congénitales.

On la distingue aussi des fuites causées par le remplissage anormal du colon lors d'une anomalie de fonctionnement de sa paroi musculaire qui ne se contracte pas, comme dans la maladie de Hirschsprung.

## Clinique

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

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

Dans les cas sévères, cette pathologie peut persister longtemps après l'adolescence. Cela se traduit par la persistance des fuites de selles.

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

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

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

## La consultation

La consultation a quatre buts :

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

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

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

Les antécédents de l'enfant doivent être renseignés depuis l'accouchement, avec l'aide du carnet de santé si possible. On recherchera un retard à l'émission du premier méconium à la maternité, évocateur de Hirschsprung. Il est très important de vérifier que la courbe staturo-pondérale est normale.

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

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

Parfois l'abdomen est ballonné et on peut palper à travers la paroi des selles dures qui encombrent le colon. L'examen neurologique doit être normal.

L'inspection des sous-vêtements permet souvent de confirmer le diagnostic de fuites de selles, souvent extrêmement malodorantes.

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

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

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

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

## Causes

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

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

## Traitement

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

En pratique, les laxatifs oraux sont toujours nécessaires, il ne faut pas avoir peur de donner des doses assez fortes chez ces enfants souvent très constipés. En effet plus la constipation est sévère, (moins d'une selle par semaine) plus difficile elle rendra le traitement de l'encoprésie.

Les suppositoires et lavements seront évités parce qu'ils peuvent être mal vécus par l'enfant mais ils sont parfois vraiment nécessaires notamment lorsqu'il existe une trop importante accumulation de matières (fécalome) et lorsqu'on souhaite les utiliser comme supports à la rééducation.

Il est très important que ce traitement soit poursuivi plusieurs mois, même au-delà de la guérison.

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

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

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

Dans ces cas sa prise en charge est difficile et rarement efficace, toutefois le traitement diététique et laxatif ne doit pas être négligé.

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

## FAQ Encoprésie de l'enfant

### ▪ Qu'est-ce que l'encoprésie de l'enfant ?

L'encoprésie est l'émission régulière de selles formées ou semi-formées dans les sous-vêtements ou des endroits « inhabituels » (sur le sol...) après l'âge de 4 ans. Il peut exister des périodes pendant lesquelles les troubles semblent disparaître de façon temporaire.

### ▪ A quoi est-ce dû ?

L'enfant se retient volontairement, ce qui aboutit au remplissage exagéré de son rectum qui va déborder et laisser s'évacuer de façon involontaire des selles. C'est une maladie fonctionnelle, en effet l'intestin, le rectum et l'anus sont normaux.

### ▪ Est-ce de l'incontinence ?

Ce n'est pas une incontinence vraie dans le sens où le sphincter anal et le rectum sont normaux. Mais il existe quand même des fuites non contrôlées de selles car l'anus se détend de façon réflexe lorsque le rectum est trop rempli.

### ▪ Mon enfant a-t-il une maladie grave ?

Non, l'encoprésie est le plus souvent due à une constipation banale plus ou moins sévère qui se traite médicalement et parfois à des problèmes psychologiques plus ou moins faciles à résoudre. Il n'y a pas de maladie digestive, si c'est le cas il ne s'agit pas d'encoprésie mais d'incontinence vraie.

### ▪ Le diagnostic nécessite-t-il des examens compliqués ?

Le plus souvent une simple consultation permet d'éliminer les maladies graves et de poser le diagnostic de maladie fonctionnelle.

### ▪ L'enfant peut-il guérir tout seul ?

Oui, si on l'aide. Il faut résoudre les éventuels problèmes psychologiques qui ont favorisé l'apparition de ce trouble et lui donner des laxatifs pour combattre la constipation qui est presque toujours associée.

### ▪ Les problèmes psychologiques qui ont déclenché ces troubles sont-ils graves ?

Tout d'abord ils ne sont pas toujours présents : un enfant constipé qui a une fissure anale aura peur d'aller à la selle car la défécation est douloureuse et il se retiendra jusqu'à trop remplir son rectum. Dans d'autres cas les causes psychologiques peuvent être bénignes et réglées par la famille elle-même. Dans des cas ou situations plus sévères, une aide psychologique ou psychiatrique est nécessaire et aidera à résoudre ces problèmes.

*Dr François Pigot  
Relecture Charlotte Favreau décembre 2020.*