



- Survenue entre 1 et 5 ans, principalement avant 3 ans,
- Autant de garçons que de filles,
- Bénin, souvent spontanément résolutif,
- Physiopathologie mal comprise, liée probablement à des facteurs anatomo-physiologiques du nourrisson : sacrum vertical, sigmoïde hypermobile, muqueuse rectale fixée de façon lâche sur la musculature, valvule de Houston non formées.

## Éléments clés

- Extériorisation, lors d'efforts de poussée ou de toux, du rectum sous forme d'une masse rosée aux plis concentriques, souvent réductible,
- Chez l'enfant, le prolapsus n'est classiquement pas ulcéré ni hémorragique,
- Très fréquemment associé à la constipation.

## Gravité

- Aucune pour le prolapsus bénin de l'enfant sur constipation, disparaît spontanément sous traitement conservateur,
- Pourrait récidiver à l'âge adulte, d'où l'importance de traiter au long cours une éventuelle constipation ou des troubles de la défécation.

## Examens complémentaires

- Non systématique, guidé par la clinique, pour éliminer une pathologie sous-jacente :
  - Mucoviscidose
  - Syndrome d'Ehler Danlos
  - Peut être associé à une malformation ano-rectale, une maladie de Hirschspung, une dénutrition ...
- Cas particulier de la survenue tardive notamment chez l'adolescent · e, attention aux troubles du comportement alimentaire, à la possibilité de traumatismes comme des violences sexuelles. Evaluation psychologique fréquemment proposée.

## 👉 Grandes lignes du traitement (difficile et non consensuel)

- ✓ Régularisation du transit +++ Macrogol
- ✓ Mesures d'hygiène défécatoire : arrêter les efforts de poussée, bonne installation de l'enfant sur les toilettes avec un marchepied pour surélever les jambes, engager l'enfant à aller à la selle quotidiennement
- ✓ En cas d'échec du traitement conservateur, certaines équipes proposent des injections sclérosantes en quadrant dans la paroi du rectum (notamment d'aetoxysclerol), ou un cerclage ou intervention de Thiersch
- ✓ Place beaucoup plus anecdotique de la rectopexie chez l'enfant