

L'encoprésie ou « mon enfant salit ses culottes »

S. Figon, B. Senez, JL mas

L'essentiel

Ne pas confondre refus du pot chez l'enfant de 18 mois à 4 ans et encoprésie chez l'enfant de plus de 4 ans.

La prise en charge de l'encoprésie doit être mixte : traiter la rétention et traiter la composante psycho affective.

Il faut lutter contre le caractère péjoratif de cette affection et se débarrasser de ses propres préjugés

L'enfant présentant une encoprésie est dans un réel état de souffrance. L'apparition d'une encoprésie peut être un signe révélateur d'une dépression de l'enfant.

L'enfant encoprétique est rarement demandeur d'une prise en charge : ses réactions sont plutôt repli sur soi, honte et culpabilité. Le praticien doit dédramatiser, encourager et responsabiliser .

On doit penser à une maltraitance et tout spécialement au syndrome de Münchhausen par procuration ou à des abus sexuels.

Ce qu'il faut faire

Rechercher les antécédents digestifs

Evaluer la personnalité de l'enfant et les conséquences de cette encoprésie sur son comportement

Evaluer le retentissement sur l'entourage de ce symptôme (laisser-faire, incompréhension, attitude punitive, hostilité..)

Discuter sans juger, avec les parents, des méthodes éducatives employées.

Examiner l'enfant pour évaluer l'importance de la constipation et rechercher une éventuelle cause organique :

- constipation sévère
- maladie de Hirschprung avec une alternance diarrhée –constipation et une ampoule rectale vide au toucher
- maladie neurologique (spina bifida à minima)

Cet examen se fera dans les limites possibles, accompagnées d'explications à l'intention de l'enfant avec :

- une palpation abdominale soigneuse,
- un toucher rectal pour apprécier un éventuel fécalome,
- une inspection de la marge anale, et la recherche du réflexe anal inhibiteur.

Les examens complémentaires sont inutiles dans la plupart des cas.*

Ce qu'il faut dire

A des parents inquiets de ne pas avoir un enfant propre :

« *Votre enfant sera propre environ vers l'âge de 2 ans.* » F. Dolto nous explique joliment : « *c'est à partir du moment où l'enfant est capable de monter ou descendre un escabeau tout seul. Ne perdez pas tant de temps avec un pot de chambre alors que tant d'autres choses sont à faire pour développer votre enfant. Lorsque l'enfant aura maîtrisé certains apprentissages comme le début du langage, il aura plaisir à être propre tout seul.* »

Ce qu'il faut savoir

Définition

L'encoprésie est l'émission fécale répétée dans des endroits inappropriés (par exemple dans les vêtements, sur le sol), qu'elle soit involontaire ou délibérée. Ce comportement survient au moins une fois par mois pendant au moins 3 mois, chez un enfant de 4 ans minimum (définition du manuel diagnostique et thérapeutique des troubles mentaux). DSM IV

Prévalence

L'encoprésie touche 2.8 % des enfants de 4 ans, 1.5% des enfants de 7-8 ans. Elle est 10 fois moins fréquente que l'énurésie à laquelle elle est associée dans 25 à 30 % des cas. Elle est significativement plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Mécanisme

On distingue l'encoprésie rétentionnelle la plus fréquente (95% des cas): l'enfant présente de longues périodes de constipation au cours desquelles il accumule des matières fécales. L'émission de selles se fait par débordement, le plus souvent dans les sous-vêtements. Le plus souvent, l'enfant se souille involontairement, souvent sans avoir conscience de la « fuite » de matières, si ce n'est par l'odeur, précocement repérée par l'entourage. Le point de départ de l'encoprésie rétentionnelle est donc une constipation d'origine terminale. Par contre, la cause de cette constipation terminale reste discutée : hypertonie du canal anal ?, ou attitude de refus de défécation. Ce refus peut être psychologique, mais il peut aussi être en rapport avec des facteurs très triviaux tels un état sanitaire déplorable dans les écoles qui incite l'enfant à reporter le moment d'aller à la selle. Il se constitue ainsi un cercle vicieux : constipation-fécalome-rétention.

L'encoprésie non rétentionnelle qui a une composante psychiatrique marquée : l'enfant a tendance à faire dès qu'il en ressent le besoin : l'émission de selles est souvent importante.

On peut schématiquement décrire trois profils d'enfants encoprésiques

- l'enfant pathétique, honteux, anxieux
- l'enfant passif, adoptant un comportement régressif (arrivée d'un bébé, entrée à l'école, retour au travail de la maman)
- l'enfant agressif où l'encoprésie apparaît comme une revendication ou un rejet de la situation (carence affective, discorde parentale, maladie grave d'un proche).

Un apprentissage rigide et précoce de la propreté, n'a pas été retrouvé comme facteur favorisant la survenue d'une encoprésie*. Par contre, les enfants encoprésiques ont présenté plus souvent des problèmes de constipation lors de leurs premières années de vie*(4).

Le refus du pot chez l'enfant de 18 mois à 4 ans

Il correspond à une attitude d'opposition vis à vis de la défécation dans le pot ou aux WC avec une demande de maintien des couches, alors que la propreté urinaire diurne est acquise. On doit rechercher les événements marquants de cette période : forcing pour l'apprentissage de la propreté, naissance dans la famille, déménagement, ou simplement cercle vicieux douleur rétention à la suite de fissures anales. On proposera un traitement laxatif et une écoute des difficultés et des conflits familiaux.

Le traitement

La prise en charge est à la fois médicale et psychologique. Dans tous les cas, le suivi sera prolongé afin d'éviter les récurrences notamment dues aux troubles persistants de la compliance rectale.

1 : le traitement de la constipation :

- les laxatifs osmotiques (lactulose, huile de paraffine) souvent prescrits à doses importantes (2 à 4 sachets/j de lactulose) et de façon prolongée pour pouvoir être efficaces
- conseils diététiques (hydratation suffisante, régime riche en fibres, activité physique régulière)
- les lavements évacuateurs seront réservés à la phase aiguë, lors de la présence du fécalome et utilisés avec parcimonie. Le risque est de provoquer des lésions: fissures anales, ulcérations qui sont douloureuses et entraînent des saignements, l'enfant se retient encore plus d'aller à la selle et un cercle vicieux se crée .

Il y a aussi un risque d'aggraver les traits obsessionnels des parents, d'instrumentaliser les enfants et de retarder la rééducation au réflexe naturel d'exonération

2 : les modifications comportementales et les thérapies cognitives:

-
- Ce sont les conseils d'hygiène de vie et la planification des défécations, en incitant l'enfant à se présenter à la selle très régulièrement après chaque repas

- L'approche comportementale consiste à responsabiliser l'enfant, à l'encourager dans sa thérapie et à dédramatiser ce problème aussi bien chez l'enfant que chez les parents. Ces modifications comportementales associées au traitement de la constipation ont apporté la preuve de leur efficacité*.

3 : le biofeedback :

cette technique entraîne les enfants à contracter et détendre leurs muscles périnéaux pour améliorer l'efficacité de la défécation. Cette méthode est pratiquée par certains kinésithérapeutes formés. Elle ne peut se faire que chez l'enfant âgé de 7- 8 ans capable de comprendre les consignes. Bien que cette méthode paraisse séduisante sur le plan physiopathologique, elle n'a pas fait la preuve de son efficacité par rapport aux deux traitements précédents*.

4 : la prise en charge par une équipe pédopsychiatrique.

Elle est nécessaire dans les cas rebelles à une prise en charge simple rééducative, et hygiéno diététique. Elle se fera sous forme de thérapie individuelle ou familiale. Elle est toujours longue.

Comorbidité. Évolution . Pronostic

L'encoprésie s'associe dans un quart des cas à une énurésie. Mais d'autres troubles du développement sont souvent observés : troubles du langage, troubles de la coordination.

L'évolution de l'encoprésie est variable d'un enfant à l'autre selon qu'il s'agit d'un symptôme en rapport à une situation précise, à un conflit limité ou au contraire à des conflits sévères et durables. En règle générale cette affection guérit en quelques semaines ou quelques mois : l'amélioration est obtenue dans 30 à 50 % des cas en 1 an, et dans 50 à 75 % des cas en 5 ans* (5).

L'encoprésie qui persiste plusieurs années, se rencontre le plus souvent en cas de troubles névrotiques graves. Si ce trouble persiste, il sera à l'origine, chez l'enfant d'une baisse de l'estime de soi avec sentiment de honte et de culpabilité qui à plus ou moins long terme pourra évoluer vers un état dépressif.

La prévalence de l'encoprésie diminue avec l'âge , tout comme l'énurésie et le symptôme « encoprésie » finit toujours par disparaître à l'adolescence, de sorte qu'aucun cas n'est rapporté au delà de 16 ans.

Au total, l'efficacité de la prise en charge de l'encoprésie repose sur un traitement multiple associant : information et éducation de l'enfant et de ses parents, modifications des comportements de l'enfant, et traitement médicamenteux laxatif osmotiques, ceci sur une longue durée*.

Ce qu'il faut lire

Loening-Baucke V. *Encopresis*. Curr Opin Pediatr.2002 Oct ;14(5) :570-5

Dolto F. *Lorsque l'enfant paraît*. Ed du Seuil, 1979

Ployet JL, Brémond M., Papoin J. *La consultation pédiatrique*. Paris, Masson, « collection pédiatrie au quotidien »,2001

Dumont P. *L'encoprésie chez l'enfant*. CMS. Mons

Les mots pour index

Encoprésie, énurésie, biofeedback, constipation, thérapie comportementale, propreté, laxatifs, thérapie familiale, traitement