

## Développement du contrôle sphinctérien et ses troubles

Rédaction : D Sibertin-Blanc, C Vidailhet - Relecture : C Aussilloux et D Sauvage - Relecture 2008 : JP Raynaud

### Objectifs :

*Savoir diagnostiquer l'encoprésie et l'énurésie*

*Savoir identifier les facteurs étiologiques*

*Connaître les principes du traitement*

## 1. Développement du contrôle sphinctérien

### 1.1. Acquisition du contrôle du sphincter urétéral

Influence conjointe de la maturation physiologique, du développement psychologique et de l'éducation. Importantes variations d'un enfant à l'autre.

#### 1.1.1. Maturation du système nerveux central et périphérique

- La 1<sup>ère</sup> année : miction réflexe, déclenchée par la pression intra-vésicale au-delà d'un certain seuil. Contraction de la musculature lisse de la paroi vésicale (detrusor) avec relâchement de la musculature striée du sphincter externe et du plancher périnéal.
- A partir de la fin de la 1<sup>ère</sup> année : connections avec les centres cérébraux supérieurs → miction devient un acte conscient et volontaire. L'enfant identifie alors ses perceptions internes en les verbalisant ou en les signalant par des gestes.
- Vers 18 mois : il peut indiquer verbalement à ses parents si son « siège » est mouillé. Il apprend vite, parmi bien d'autres règles sociales, où et quand il doit uriner.
- A 24 mois : propreté diurne généralement acquise.
- A 36 mois : propreté nocturne.
- A partir de 3 ans : le système régulateur de l'évacuation vésicale devient automatique et permet à l'enfant de dormir en toute sécurité. En cas d'urgence, l'enfant contracte volontairement le sphincter externe et les muscles du plancher périnéal.

#### 1.1.2. Investissement par l'enfant du contrôle du sphincter urétéral

L'acquisition de cette fonction est le résultat d'un investissement actif mais conflictuel se situant dans le cadre de son développement cognitif et affectif et des interactions avec ses parents. Il parvient à intérioriser les interdits posés par ses parents en s'identifiant à eux et l'acquisition du contrôle sphinctérien participant à son autonomie devient alors un motif de fierté pour l'enfant.

#### 1.1.3. Education

La maîtrise du contrôle sphinctérien fait partie des nombreuses règles que transmettent les parents au cours de la 2<sup>ème</sup> année. L'enfant ne les apprend pas passivement, mais après en avoir éprouvé la cohérence par la confrontation et l'opposition.

### 1.2. Acquisition du contrôle du sphincter anal

**Jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois**, l'expulsion des matières fécales dépend d'un système réflexe gastro-colique et iléo-colique, déclenché par la stimulation locale des tensio-récepteurs.

**Ensuite, la myélinisation du système nerveux central et périphérique** soumet la musculature striée du sphincter anal au contrôle des centres supérieurs. L'expulsion des selles devient une activité volontaire avec une fréquence quotidienne réduite.

**Vers l'âge de 2 ans à 2 ans et demi**, la maîtrise automatique du sphincter anal est acquise.

La défécation est un mécanisme qui se déroule en trois temps :

- 1<sup>er</sup> temps, involontaire : purement réflexe, déclenché par l'arrivée de la colonne fécale dans le rectum, poussée par le péristaltisme sigmoïdien. La distension de l'ampoule rectale déclenche le réflexe recto-anal inhibiteur et une hypotonie sigmoïdienne qui réduit la pression intra-rectale.
- 2<sup>ème</sup> temps, volontaire : survient si le sujet obéit à la sollicitation exonératrice déclenchée par les tensio-récepteurs recto-sigmoïdiens. La contraction des muscles de la paroi abdominale et du diaphragme entraîne une élévation de la tension intra-abdominale, provoquant l'évacuation du contenu sigmoïdien dans l'ampoule rectale. Le sphincter externe se ferme, l'ampoule rectale se dilate et la pression intra-rectale diminue.
- 3<sup>ème</sup> temps, volontaire : évacuation. Survient lorsque le sujet sous la pression de la tension exonératrice, contracte les muscles releveurs de l'anus et ouvre le sphincter externe.

Chacun de ces temps peut être source d'une sensation excitante : passage du boudin fécal au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, pression du boudin fécal contre le sphincter externe, réplétion et déplétion du rectum. Cette notion d'excitation permet de comprendre :

- la durée particulière des troubles du sphincter anal malgré les désagréments
- et son mécanisme essentiel : lutte active pour inhiber l'ouverture du sphincter anal, malgré la pression des matières fécales.

## 2. Enurésie

### 2.1. Définition

Miction répétée, involontaire, le plus souvent nocturne, chez l'enfant de plus de 5 ans.

Liée à une défaillance fonctionnelle du système contrôlant la contention et l'évacuation vésicale, cette miction est normale dans son déroulement physiologique.

Enurésie « primaire » : non précédée d'une période de continence urinaire d'au moins un an.

= forme la plus fréquente (75% à 85%).

Enurésie « secondaire » : période antérieure de continence urinaire supérieure à 1 an. Débute habituellement entre 5 et 7 ans. Événement déclenchant souvent retrouvé.

### 2.2. Epidémiologie

- Chez les enfants de 5 ans : environ 14 % des garçons et 7 % de filles, les chiffres baissant ensuite avec l'âge, plus lentement chez les garçons que chez les filles et se rejoignant à l'adolescence.
- A 15 ans : concerne encore 1,3 % des garçons et 1,4 % des filles.

### 2.3. Diagnostic positif

L'entretien avec l'enfant et la famille permet :

- d'analyser le symptôme de manière détaillée,
- de repérer des indices évocateurs de certains mécanismes physiopathologiques,
- de préciser le contexte familial, scolaire et social et l'histoire de l'enfant
- et d'essayer de comprendre ce que ce symptôme représente pour lui.

Caractéristiques de l'énurésie : primaire ou secondaire, régulière, de fréquence hebdomadaire à préciser, irrégulière, intermittente avec de longues périodes « sèches » ou encore épisodique si l'énurésie reste un accident rare et isolé.

### Indices évocateurs des mécanismes physiopathologiques :

- L'immaturation vésicale est caractérisée par une hyperexcitabilité et une hypertonicité du detrusor. La suspecter devant des mictions diurnes fréquentes, impérieuses et de petit volume.
- Une polyurie fonctionnelle nocturne est évocatrice d'un défaut de sécrétion nocturne d'hormone antidiurétique. Les parents décrivent un sommeil particulier, avec difficulté à réveiller l'enfant et seuil d'éveil trop élevé.

### Eléments du contexte :

- Troubles associés : encoprésie (20% des cas chez les garçons et 10% chez les filles), troubles anxieux, du développement (troubles du langage ou retard mental).
- Antécédents d'énurésie dans la fratrie ou chez les parents.
- Fonctionnement familial : interactions marquées par des préoccupations anxieuses, des exigences éducatives fortes, ± inadaptées à l'âge ou aux capacités de l'enfant, ou au contraire une négligence. L'énurésie suscite souvent des réactions inappropriées : liens privilégiés (comme avec un enfant plus jeune), ou au contraire surveillance pouvant devenir tyrannique, jugements négatifs, suspicion de mauvaise volonté...
- Situation sociale (surtout pour les enfants vivant en institution) et scolaire, avec l'éventualité d'un retentissement, d'un échec.

Histoire de l'enfant : entretien et anamnèse avec l'enfant et ses parents

- Repérer les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, ses réactions et celles de ses parents face à des événements difficiles : naissance d'un puîné, départ d'un membre de la famille, maladie... et face aux expériences de séparation (entrée à l'école).
- situe le symptôme dans son contexte : repérer les répétitions, les coïncidences avec des événements...
- Traitements antérieurs éventuels et de leurs effets à court et moyen terme.

Position de l'enfant par rapport au trouble :

- Indifférence ou réactions de prestance dissimulent souvent une souffrance difficile à avouer d'emblée à un investigateur que ses parents lui imposent. Des entretiens renouvelés sont parfois nécessaires pour la mettre en évidence. De plus, l'énurésie peut devenir au fil du temps une source de bénéfices secondaires auxquels il est peu disposé à renoncer : évitement des colonies de vacances et des invitations loin des siens, réalisation de fantasmes érotiques,...
- Réactions très variables selon l'âge de l'enfant, les réactions familiales, la fréquence et l'ancienneté du symptôme, selon qu'il est « primaire » ou « secondaire ».

Enurésie primaire : l'enfant vit souvent dans une étrange familiarité avec « son » énurésie. Elle semble lui procurer des sensations cutanéomuqueuses agréables, de chaleur, de tiédeur, d'humidité, plaisirs redoublés par les soins corporels qu'elle exige de sa mère.

Enurésie secondaire : la souffrance psychique de l'enfant est plus facile à mettre en évidence. L'énurésie peut être signe d'un moment régressif ou dépressif, en relation avec un événement déclenchant.

Examen somatique : il doit toujours être réalisé pour repérer des éléments utiles au diagnostic différentiel (Cf. infra) et orienter vers des examens complémentaires.

#### 2.4. Diagnostic différentiel

L'énurésie doit être distinguée d'autres troubles mictionnels :

- **Pollakiuries** : petites mictions fréquentes, précédées d'un besoin impérieux d'uriner. Signent souvent une infection urinaire mais peuvent être liées à des facteurs émotionnels.
- **Polyuries avec polydipsie** : annoncent un diabète insulino-dépendant, un diabète insipide d'origine rénale ou antéhypophysaire mais peuvent être aussi la conséquence d'une potomanie. Certains enfants énurétiques sont d'authentiques potomanes.
- **Incontinence urinaire** : écoulement d'urine par petits jets ou goutte à goutte.  
3 causes possibles :
  - . Obstacle au niveau du bas appareil provoquant une rétention chronique en amont avec mictions par engorgement.
  - . Épispadias, facile à reconnaître chez le garçon
  - . Abouchement ectopique de l'uretère (surtout chez les filles), soit au niveau de la vulve, soit dans le vagin.
- **Mictions automatiques des « vessies neurologiques »** : associées à des signes neurologiques sensitivomoteurs au niveau et autour des sphincters, dans le cadre d'un syndrome de la queue de cheval.
- **Epilepsies morphéiques à type de grand mal** : elles surviennent à l'endormissement, au réveil ou en période de sommeil léger.

#### 2.5. Facteurs étiologiques ou favorisants

Chaque histoire clinique est unique : impossible d'expliquer l'énurésie selon un modèle étiologique simple et linéaire.

Certains facteurs déclenchent l'énurésie (plutôt facteurs somatiques ou liés à l'éducation sphinctérienne), d'autres l'entretiennent (plutôt facteurs psychologiques et liés aux réactions familiales).

Les facteurs étiologiques semblent en fait se succéder dans le temps et conjuguer leurs effets.

### **2.5.1. Facteurs somatiques**

Agiraient par le biais d'un retard de maturation du système automatico-volontaire contrôlant la contention vésicale. Considéré comme le noyau basal de l'énurésie, sa maturation progressive expliquerait la disparition spontanée de l'énurésie, estimée chaque année entre 10 et 15 %. Plusieurs niveaux :

#### - Facteurs génétiques

Enquêtes familiales : l'énurésie est souvent retrouvée chez les ascendants ou les collatéraux. (Antécédents d'énurésie chez les 2 parents → 77 % des enfants ; si un seul parent énurétique : 44 % si un seul parent a été énurétique ; si aucun des deux parents : 15%).

Etudes chez les jumeaux : concordance de 68% chez les couples monozygotes et de 36% chez les dizygotes. Mais aucun véritable modèle génétique n'a pu être identifié.

#### - Facteurs anté-, péri- ou postnataux

Nombreux et divers : toxémie gravidique, difficultés obstétricales, prématurité, etc., parfois retrouvés dans l'anamnèse des enfants énurétiques. Le concept de dysfonctionnement cérébral minime est alors souvent utilisé pour expliquer leur symptomatologie, l'énurésie est associée à des troubles psychomoteurs, comportementaux ou du langage.

### **2.5.2. Facteurs éducatifs et familiaux**

Influence structurante du milieu social et éducatif sur les premiers apprentissages comme sur celui de la maîtrise sphinctérienne.

3 fois plus d'énurésie chez les enfants élevés en institution.

Plus d'énurésie chez les enfants éduqués dans des familles à « problèmes multiples » où l'éducation est plus incohérente.

Mais la plupart des enfants énurétiques ne sont pas exposés à des systèmes éducatifs aussi extrêmes. Leur histoire est même plutôt banale, sans événement saillant, tyrannie éducative ou mise au pot précoce. Une anamnèse détaillée peut dans certains cas reconstituer l'histoire naturelle du symptôme, tel un fil conducteur remontant vers le passé. L'entretien retrouve des événements datés, petits ou grands : conflits de couple, naissance d'un puîné, deuils, etc.

### **2.5.3. Facteurs psychologiques individuels**

Cette perspective met l'accent sur le fonctionnement mental de l'enfant énurétique dont le symptôme peut être en partie lié aux étapes de son développement, à ses représentations psychiques, en particulier en ce qui concerne son identité sexuée.

## 2.6. Traitements

En général l'énurésie est un symptôme banal et bénin qui tend à évoluer spontanément vers la guérison. Mais ses inconvénients psychologiques sont suffisamment importants pour justifier un traitement à partir de 5 ou 6 ans, à condition qu'il soit sans danger ni effet secondaire.

### **2.6.1. Mesures générales**

Des recommandations et des explications sont données aux parents et à l'enfant pour limiter les facteurs de régression :

- Supprimer les couches, remplacées par des alèses étanches.
- Régulariser le rythme de sommeil.
- Inviter l'enfant à participer de lui-même à son hygiène corporelle.
- Attitudes pédagogiques claires, démystifiant le symptôme : expliquer à l'enfant avec un dessin accompagné de mots simples et précis, les relations entre apports hydriques et énurésie, pour qu'il limite par lui-même les boissons le soir.
- Un calendrier sur lequel l'enfant inscrira lui-même les résultats pour le présenter à chaque consultation est également très utile. Il consacre le lien entre l'enfant et son médecin et le contrat de soin qui les unit.

### **2.6.2. Thérapeutiques symptomatiques**

#### 2.6.2.1. Médicaments

Efficacité supérieure au seul effet placebo, même si celui-ci joue un rôle certain.

Effet parfois très provisoire, mais souvent utile pour faire au moins découvrir à l'enfant et à ses parents que l'énurésie n'est pas une fatalité.

► **Antidépresseurs tricycliques imipraminiques** (Tofranil®, Anafranil®) : considérés comme efficaces à la dose de 1 à 2 mg/kg le soir, en 2 prises (18 heures et au coucher), pendant 1 mois au moins, 3 mois au plus. Mécanisme d'action mal précisé : sur le detrusor ? sur le seuil d'éveil ? sur une dépression masquée ?

► **Oxybutynine** (Ditropan®) : anticholinergique de synthèse, à des doses variant de 5 à 15 mg en 2 fois le soir pendant au moins 2 mois, prolongées 6 mois si nécessaire, surtout s'il existe un syndrome d'immaturation vésicale. Demi-vie courte → ne protège l'enfant qu'en début de nuit.

► **Desmopressine ou DDAVP** (Minirin®) : hormone antidiurétique de synthèse. Mécanisme controversé : diminution de la sécrétion nocturne d'hormone antidiurétique. Prescription le soir, au coucher, en pulvérisations nasales (de 10 à 40 µg), une ½ heure avant le coucher, pendant 1 à 3 mois de manière continue ou intermittente lors des rechutes.

#### 2.6.2.2. Alarmes

Méthode ancienne de conditionnement (« pipi-stop ») dont les résultats seraient très favorables à long terme (estimés à 70%). Procédé simple et sans risque : une sonnerie se déclenche quand la fuite urinaire met en connexion un circuit électrique. L'enfant, réveillé, reprend le contrôle de sa miction. Prescrit habituellement pour 5 à 8 semaines. Nécessite l'adhésion de l'enfant et de sa famille. Agirait sur le seuil d'éveil : l'enfant modifie peu à peu la qualité de son sommeil et allège son niveau d'éveil, ce qui facilite le déclenchement du réflexe d'inhibition vésicale. Les changements de lieu agiraient par le même mécanisme : lorsqu'ils dorment loin de leur famille, les enfants redoutent une humiliante fuite nocturne : ils modifieraient inconsciemment leur sommeil et arriveraient à se contrôler.

#### 2.6.2.3. Gymnastique mictionnelle

Indiquée si l'enfant est suffisamment âgé pour comprendre les mécanismes physiologiques sur lesquels s'appuie la méthode : la miction est interrompue puis reprise pour renforcer le muscle du sphincter ou bien la miction est retardée progressivement après des apports hydriques constants. S'appuie sur la notion de « retard de maturation vésicale ». Un bon résultat sur les troubles diurnes peut s'accompagner d'un échec sur les troubles nocturnes du fait de l'ampleur des contractions vésicales. Ce traitement peut alors être associé à de l'oxybutynine, voire de la desmopressine, pour avoir à la fois un effet en début et en fin de nuit.

#### 2.6.3. Psychothérapies individuelles

Psychothérapie « de soutien », lorsque l'enfant souffre des conséquences de l'énurésie dans sa vie quotidienne familiale et sociale, avec parfois élément dépressif.

Psychothérapie d'inspiration psychanalytique, si l'énurésie est résistante et si les conflits intériorisés apparaissent au premier plan, au sein d'un ensemble de symptômes.

#### 2.6.4. Indications thérapeutiques

Les mesures générales doivent être appliquées dans tous les cas.

Le choix du traitement est fonction des caractéristiques du symptôme et du contexte psychologique et environnemental.

Quel que soit le traitement, il ne se conçoit pas sans l'établissement d'une alliance avec l'enfant et sa famille.

Toutes ces méthodes ne valent que si l'enfant les perçoit comme un soutien à son désir de guérir.

### 3. Troubles du sphincter anal

Le processus qui conduit à l'automatisation du contrôle du sphincter anal implique la conjonction de 3 facteurs : - maturation neurophysiologique,  
- développement psychoaffectif

- et éducation.

De nombreux éléments sont susceptibles de le troubler et de créer les conditions d'un dysfonctionnement durable.

L'âge mais aussi l'ancienneté de ce dysfonctionnement en modifie l'expression.

Après la phobie de la défécation et le mégacôlon fonctionnel, l'encoprésie est le symptôme le + tardif et le + visible.

### 3.1. Phobie de la défécation

Au moment de la défécation, certains enfants sont saisis par une vive angoisse qui résiste aux réassurances de leurs mères. Elles doivent alors les porter au-dessus de l'orifice des cabinets. L'interrogatoire peut parfois retrouver dans les antécédents un épisode d'irritation de la muqueuse anale. Mais cet état d'angoisse ne peut être confondu avec une réaction douloureuse au passage des selles. Ces enfants vivent en effet cet instant avec une peur intense.

S'ils arrivent à en parler, ces enfants associent la défécation à des craintes menaçant leur corps ou leur identité : vidage interne, perte d'un fragment de substance corporelle, peur d'être engloutis dans le trou et emportés par le torrent de la chasse d'eau.

Cette phobie peut être plus discrète : simple « phobie des cabinets », justifiée par leur éloignement, leur inconfort ou la trop grande taille de la lunette... Cette phobie, assez commune chez de nombreux enfants, est passagère et surmontée facilement avec l'aide des parents.

Peut être un élément symptomatique d'un trouble anxieux plus large ou d'un trouble de type autistique.

Mais isolée, elle peut s'insérer dans la dynamique des conflits développementaux. Des attitudes éducatives contraignantes ou des manoeuvres laxatives répétées, peuvent avoir préparé ces enfants à assimiler la défécation à une violence subie.

Pour circonvenir cette situation angoissante qu'ils ne peuvent ni fuir, ni se risquer à résoudre par l'opposition active ou des voies plus élaborées, ces enfants se réfugient dans une activité compulsive de rétention des matières fécales. Mais cette victoire par la constipation peut, dans certains cas, conduire au mégacôlon fonctionnel et à l'encoprésie.

### 3.2. Mégacôlon fonctionnel

Trouble relativement fréquent, discret et souvent méconnu.

Survient après une constipation progressive dont les premiers signes commencent tôt, parfois même dès la fin de la 1<sup>ère</sup> année. D'abord modéré, il réagit bien aux traitements habituels.

Mais il tend à s'installer surtout si l'apparition des selles devient une préoccupation quotidienne des parents. Leur attente anxieuse détermine l'enfant au plaisir de les défier.

Les sensations muqueuses dues à la remontée des fèces et à la sensation de réplétion du sigmoïde et du colon sont aussi des adjuvants importants. Elles permettent de comprendre la répétition et la persistance de ce comportement.

Toucher rectal : ampoule dilatée et remplie de matières fécales, avec parfois des fécalomes.

Lavement baryté : dilatation conique en entonnoir en amont du sphincter externe.

Ce dysfonctionnement acquis de la défécation doit être différencié du mégacôlon congénital ou maladie de HIRSHPRUNG, liée à une absence de cellules ganglionnaires au niveau du plexus nerveux sous-muqueux du segment intestinal distal. La constipation survient là, dès les premiers jours. Subocclusive ou occlusive, elle induit rapidement une dilatation colique importante.

Evolution du mégacôlon fonctionnel : peut être bénigne, jalonnée par des périodes de rétention et de débâcles intestinales, avec parfois des épisodes d'encoprésie. Dépend bien sûr du traitement entrepris et des réactions familiales aux symptômes.

L'usage répété des laxatifs ne fait qu'aggraver secondairement la constipation, en favorisant la fixation d'un érotisme anal. La musculature de la paroi rectale et sigmoïdienne s'épuise, devient hypotonique et les conditions propices pour la survenue d'une encoprésie sont ainsi créées.

### 3.3. Encoprésie

#### **3.3.1. Définition**

Emission fécale répétée et involontaire de consistance normale ou quasi normale dans des lieux non appropriés, généralement diurne, survenant inopinément, après l'âge habituel d'acquisition de la propreté. On qualifie d'encoprésie les émissions fécales à partir de 4 ans (DSM-IV).

Le caractère « involontaire » de l'encoprésie n'est pas toujours facile à préciser. Mais on peut souligner l'influence prédominante de la vie psychique inconsciente dans cette conduite animée par la recherche de plaisirs centrés sur la zone anale.

C'est un trouble fonctionnel et cette définition exclut les troubles sphinctériens secondaires à un syndrome neurologique ou à une affection somatique.

Encoprésie « primaire » = non précédée d'une continence fécale d'au moins une année.

Encoprésie « secondaire » = la plus fréquente, apparaît généralement entre 5 et 8 ans.

Distinction dans les faits souvent difficile et sans incidence sur un plan thérapeutique.

L'encoprésie survient habituellement par périodes de quelques jours ou semaines, en alternance avec périodes de constipation.

Les accidents encoprétiqes sont alors quotidiens, voire pluriquotidiens, avec horaire relativement stable et prévisible dans la journée.

Des événements familiaux ou scolaires peuvent être des circonstances déclenchantes.

### **3.3.2. Epidémiologie**

Fréquence chez les enfants scolarisés : 1,5 à 3 % selon l'âge.

Chez les enfants de 7-8 ans : 2,3 % chez les garçons et 1,3% chez les filles.

Sexe ratio : 3,4 à 10 garçons pour 1 fille.

Association avec une énurésie dans 20 à 50 % des cas.

### **3.3.3. Diagnostic**

La première consultation s'inscrit souvent dans un contexte de crise familiale dont l'encoprésie, symptôme tenace, incommodant, omniprésent, est le centre.

Dans certains cas, la tolérance qu'ont certaines familles à l'égard de l'encoprésie est parfois surprenante.

Favoriser la mise en confiance de l'enfant et essayer avec l'aide de l'entourage familial :

- De déterminer les caractéristiques séméiologiques de l'encoprésie.
- De recueillir les éléments de contexte familial, scolaire et social et l'histoire de l'enfant
- De connaître la position de l'enfant par rapport à son trouble

#### **3.3.3.1. Caractéristiques séméiologiques**

##### Forme rétentionnelle

La + fréquente. S'inscrit dans la continuité du mégacôlon fonctionnel. Le remplissage du rectum renforce la contraction du sphincter externe et les matières fécales sont évacuées à rebours vers le sigmoïde où elles stagnent. Incidemment, par un effet de « trop plein », les selles tombent partiellement dans la culotte.

Cette défécation « involontaire » est facilitée par l'excitation de l'enfant au cours d'un jeu ou d'une activité mobilisant son attention. Il ne ressent souvent aucune des tensions internes qui annoncent habituellement la défécation, ou s'il la pressant, c'est sans pouvoir la maîtriser. Il apparaît sincèrement surpris et humilié, mais poursuit son activité pour masquer son trouble. Seule l'odeur incommodante révèle à l'entourage la fuite fécale qu'il se résigne alors à avouer. Sinon il essaye de dissimuler ou laver ses vêtements souillés.

##### Forme par expulsion

L'enfant arrête soudain son activité et éventuellement s'isole, s'accroupit et, le regard vague, expulse une selle complète. Ce comportement intentionnel semble néanmoins « involontaire » car il paraît mu par une force incoercible. C'est parfois pour faire face à une angoisse interne envahissante en « l'évacuant » sous

une forme concrète. C'est parfois parce qu'il est submergé par un sentiment de colère et de détresse devant une situation de conflits dans son entourage.

Plus rarement cette expulsion s'inscrit dans un registre « délinquant » : l'enfant parle triomphalement de son symptôme, sans honte ni culpabilité apparente. Mais cet exhibitionnisme n'est qu'un mode de défense et de déni d'une souffrance intense et dépressive que d'autres conduites viennent éclairer.

#### Formes mixtes

On observe souvent des passages d'une forme à l'autre. Elles montrent que ces différences établies au niveau des mécanismes physiologiques n'excluent pas un noyau psychopathologique commun.

#### **3.3.3.2. Contexte familial, scolaire et social**

Il peut avoir existé une éducation sphinctérienne dominée par :

- la rigidité : exigences trop précoces, trop contraignantes, données par des parents ou autres adultes autoritaires, ayant privé l'enfant d'initiatives, réprimant toute expression d'agressivité et encourageant la dépendance ;
- ou au contraire l'incohérence : livrant l'enfant à lui-même, à des protestations sans fin, attisant sa destructivité et sa culpabilité.

#### **3.3.3.3. Eléments de l'histoire de l'enfant**

Recherche d'événements connus pour leur effet traumatique sur les parents comme sur l'enfant : placements, hospitalisations, deuils, entrée à l'école primaire, naissance d'un puîné, dépression chez l'un ou l'autre parent ou toute autre menace de perte ou de séparation.

Certains sont plus spécifiques, en ayant focalisé l'attention de l'enfant sur sa zone anale :

- Douleurs d'une fissure anale succédant à une intervention chirurgicale pour imperforation anale.
- Episodes diarrhéiques répétés, irritant la muqueuse anale.
- Manœuvres locales intempestives pour une constipation opiniâtre.

#### **3.3.3.4. Position de l'enfant par rapport à son trouble et interactions familiales**

Il peut masquer derrière sa passivité et son indifférence, un sentiment de résignation et d'impuissance face un phénomène incontrôlable.

Entre l'enfant encoprétique, son environnement familial, social et scolaire, circulent des interrelations parfois désorganisantes et régressantes qui permettent de comprendre la pérennisation du symptôme et ses résistances aux thérapeutiques. Après avoir pu être un enfant « modèle », conforme et admiré, il devient un enfant exclu, stigmatisé, rôle dont il souffre, mais dans lequel il paraît aussi s'installer.

L'encoprésie doit aussi être envisagée comme un symptôme s'insérant, au même titre que d'autres conduites qui peuvent lui être associées, dans les organisations psychopathologiques les plus variées.

La personnalité de chacun des parents est souvent invoquée pour comprendre la genèse de l'encoprésie. Ils ne doivent pas pour autant être toujours soupçonnés de pratiques éducatives coercitives ou aberrantes, ni être regardés comme des personnalités pathologiques, ce qu'ils ne sont que très exceptionnellement.

#### **3.3.3.5. Examen somatique**

Palpation de l'abdomen et toucher rectal sont parfois nécessaires s'ils contribuent à éliminer solennellement toute étiologie organique, hypothèse souvent solidement enracinée chez l'enfant et ses parents.

Palpation de l'abdomen → masses fermes, irrégulières et indolores, surtout dans sa partie inférieure, signe parfois de fécalomes.

Toucher rectal → tonicité du sphincter anal normale et muqueuse en amont souple.

Dans les formes rétentionnelles → rectum rempli de matières fécales avec éventuellement des fécalomes.

Dans les formes non rétentionnelles → rectum vide.

#### **3.3.3.6. Examens complémentaires**

Explorations non systématiques, orientées par les données de l'entretien et l'examen somatique.

Peuvent ne pas être anodines si elles contribuent à fixer l'attention de l'enfant et de ses parents sur la zone anale. Mais sont parfois nécessaires pour effacer toute arrière-pensée d'anomalie anatomique entretenue dans les formes résistantes.

Abdomen sans préparation : distension gazeuse du recto-sigmoïde témoignant de la rétention.



Lavement baryté : peut retrouver une image typique de mégacôlon fonctionnel → l'image cinétique permet de visualiser l'activité rétentionnelle imparfaitement maîtrisée du sphincter externe avec, au retour des matières fécales vers le sigmoïde, une fuite discrète à l'extérieur par le défilé anal.

Etude de la pression manométrique de l'ampoule rectale : normale.

### 3.3.4. Diagnostic différentiel

Incontinence fécale : émission fécale involontaire, liée à une parésie ou une paralysie de la musculature volontaire du sphincter externe. Fait alors partie d'un syndrome neurologique de « la queue de cheval ».

### 3.3.5. Evolution et pronostic

Dans les cas les plus favorables, l'encoprésie disparaît spontanément ou rapidement en quelques semaines sous l'effet de simples entretiens familiaux ou individuels.

Très exceptionnellement elle se prolonge au-delà de l'adolescence.

L'évolution du symptôme doit être distinguée du destin psychopathologique de l'enfant, difficile à prévoir à très long terme.

Quelques rares études montrent cependant que ces enfants, normalement intelligents, deviendraient des adolescents plutôt appauvris, avec une vie sociale restreinte, refusant la compétition.

### 3.3.6. Traitement

Pas de traitement symptomatique sans vue d'ensemble du symptôme dans son contexte, à partir de l'anamnèse, de l'étude du fonctionnement mental de l'enfant et de ses interactions avec l'environnement familial et scolaire.

La disparition de l'encoprésie est un objectif important. On en mesure les effets même chez des enfants déficitaires ou autistes et on peut contribuer à améliorer de manière significative la qualité de leurs relations avec l'entourage et leur intégration dans le monde scolaire.

Le recours à des traitements locaux, suppositoires, laxatifs, lavements évacuateurs, associés ou non à des techniques comportementales de type « biofeedback » est controversé, sauf en cas de fécalomes, pour éviter des risques d'occlusion. Ils sont souvent réclamés et proposés non sans résultat satisfaisant dans l'immédiat.

Les récurrences sont fréquentes et cette médicalisation du symptôme n'est pas sans inconvénient majeur : risque de conforter les parents dans leur besoin de maîtriser le fonctionnement sphinctérien de leur enfant, de court-circuiter son implication psychique dans l'encoprésie.

- ▶ Objectif général : que l'enfant puisse lui-même assurer une défécation active et régulière.
- ▶ Souligner dans les entretiens avec l'enfant son implication dans le trouble (ce qu'il comprend et admet mal, même s'il en a l'intuition), c'est l'amener à penser qu'il peut néanmoins en avoir la maîtrise.
- ▶ Sous une forme très simple et éducative, des conseils peuvent être donnés aux parents pour convaincre l'enfant de prendre en charge activement son symptôme.
- ▶ Un rituel de défécation à l'élaboration duquel l'enfant doit participer pour y adhérer, peut être proposé, après lui avoir clairement expliqué les mécanismes de l'encoprésie et les conditions nécessaires pour la reprise d'une défécation physiologique normale et régulière : limiter la stase intra-rectale, réduire la distension et l'hypotonie de la paroi.
- ▶ Même s'ils sont allégés, les conflits initiaux ne sont pas pour autant résolus par la disparition de l'encoprésie qui n'en était qu'un des symptômes.
- ▶ Dans de nombreux cas, psychothérapies individuelles ou familiales sont utiles et prennent sens après un temps d'élaboration fondée sur une alliance avec les parents.