

Constipation de l'enfant

P. Tounian, V. Guinard-Samuel, J. Aroulandom

**Nutrition et Gastroentérologie Pédiatriques
Hôpital Trousseau**

- Une enfant de 3 mois est amenée en consultation pour une **constipation** apparue au sevrage.
- Elle est née à terme avec un poids de naissance de 3300 g. Elle a été exclusivement allaitée jusqu'à l'âge de 2 mois $\frac{1}{2}$. Son transit était alors de 4 selles liquides et jaunes d'or chaque jour.
- Au sevrage avec une préparation pour nourrisson standard, une constipation est apparue avec une selle dure et difficile à émettre tous les 2 jours. L'interrogatoire ne révèle pas d'erreurs diététiques manifestes.
- A l'examen clinique, il existe un ballonnement abdominal, sans autre anomalie constatée.

QRM 1

- Quelle est la cause de constipation la plus probable chez cet enfant, par argument de fréquence?

- A. Maladie de Hirschsprung
- B. Sténose anale
- C. Constipation fonctionnelle
- D. Hypothyroïdie
- E. Mucoviscidose

QRM 1

- Quelle est la cause de constipation la plus probable chez cet enfant, par argument de fréquence?

- A. Maladie de Hirschsprung
- B. Sténose anale
- C. Constipation fonctionnelle
- D. Hypothyroïdie
- E. Mucoviscidose

- Les causes organiques de constipation sont rares chez l'enfant (<5%).
- Plus la constipation est précoce, plus la probabilité d'une cause organique augmente
- La **normalité de l'examen clinique** et l'absence de signes d'alertes à l'interrogatoire suffisent à poser le diagnostic de constipation fonctionnelle
- Chez le nourrisson, le mécanisme en jeu est habituellement une contraction intempestive du sphincter externe lors de la défécation

QRM 2

Quelles sont les causes de constipation organique à évoquer à l'âge de 3 mois?

- A. Maladie cœliaque
- B. Hypothyroïdie
- C. Maladie de Hirschsprung
- D. Malformations ano-rectales
- E. Mucoviscidose

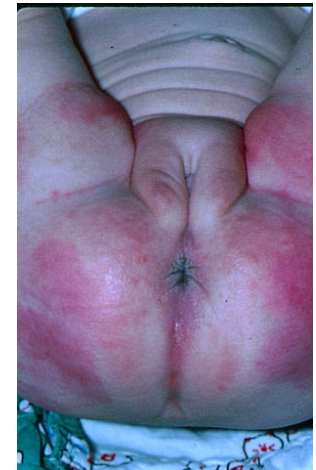
QRM 2

Quelles sont les causes de constipation organique à évoquer à l'âge de 3 mois?

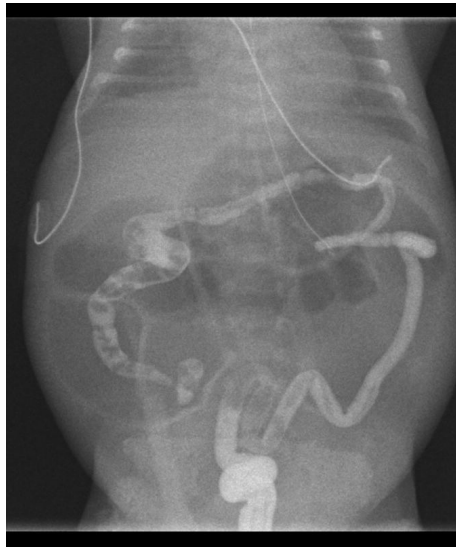
- A. Maladie cœliaque
- B. Hypothyroïdie
- C. Maladie de Hirschsprung
- D. Malformations ano-rectales
- E. Mucoviscidose ?

Ces différentes causes sont **rare**s

- Maladie cœliaque:
 - Survenue après l'introduction du gluten donc pas chez un nourrisson de 3 mois
 - Forme classique avec diarrhée malabsorptive
 - Formes atypiques avec constipation (environ 5%)
- Hypothyroïdie
 - Cause rare de constipation du nourrisson
- Malformations anorectales
 - Importance de l'examen clinique : position et morphologie de l'anus, dysraphisme



- Mucoviscidose ?
 - Mentionnée dans le référentiel
 - En pratique, tableau d'iléus méconial néonatal et non pas de constipation



*Lavement opaque dans un contexte d'iléus méconial :
microcolon*

QRM 3

- Quelle(s) donnée(s) d'interrogatoire serai(en)t en faveur d'une maladie de Hirschsprung ?

- A. Inhalation méconiale
- B. Retard à l'émission du méconium
- C. Prématurité
- D. Hydramnios pendant la grossesse
- E. Selles décolorées

QRM 3

- Quelle(s) donnée(s) d'interrogatoire serai(en)t en faveur d'une maladie de Hirschsprung ?

- A. Inhalation méconiale
- B. Retard à l'émission du méconium
- C. Prématurité
- D. Hydramnios pendant la grossesse
- E. Selles décolorées

Hirschsprung

- Maladie relativement fréquente: 1/5000 naissances
- Absence de migration des neurones du SN entérique (« cellules ganglionnaires ») depuis la crête neurale vers l'intestin caudal (4^{ème} à 7^{ème} semaine de gestation)
- **Diagnostic néonatal > 80% des cas**
- **Aucun signe anténatal**
- Néonatal:
 - **retard méconium++ > 48h dans plus de 75% des cas**
 - Constipation précoce/ Météorisme
 - Sd occlusif
 - Complications : entérocolite, perforation caecale, sepsis...

Hirschsprung

- Topographie :
 - rectosigmoïde (>85%)
 - Colique étendue/pancolique: 10%
 - Étendue au grêle <5%
- Formes syndromiques nombreuses (mais minoritaires!), en particulier dans le cadre de la trisomie 21

QRM 4

- Quel(s) examen(s) permet(tent) de poser le diagnostic de maladie de Hirschsprung

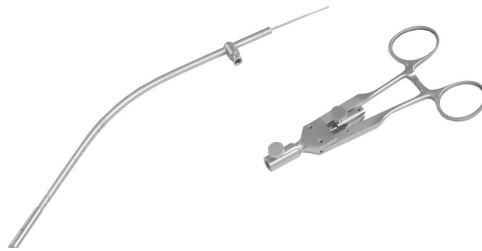
- A. Echographie abdominale
- B. Biopsie rectale par aspiration
- C. Biopsie rectale chirurgicale
- D. Lavement baryté
- E. Manométrie anorectale

QRM 4

- Quel(s) examen(s) permet(tent) de poser le diagnostic de maladie de Hirschsprung

- A. Echographie abdominale
- B. Biopsie rectale par aspiration
- C. Biopsie rectale chirurgicale
- D. Lavement baryté
- E. Manométrie anorectale

- Le diagnostic positif de maladie de Hirschsprung repose exclusivement sur des **données histologiques**
- La technique la moins invasive est la biopsie par aspiration (sonde de Scheye ou Noblett...) qui permet d'obtenir du tissu **sous-muqueux** sans anesthésie



- La biopsie chirurgicale, plus invasive, est également valable.

QRM 5

- Quelles anomalies histologiques sont caractéristiques d'une biopsie rectale de maladie de Hirschsprung?

- A. Hyperplasie des filets nerveux
- B. Augmentation de la taille des cellules ganglionnaires
- C. Aganglionose
- D. Absence de ganglions lymphatiques
- E. Absence de cellules intersitielles de Cajal

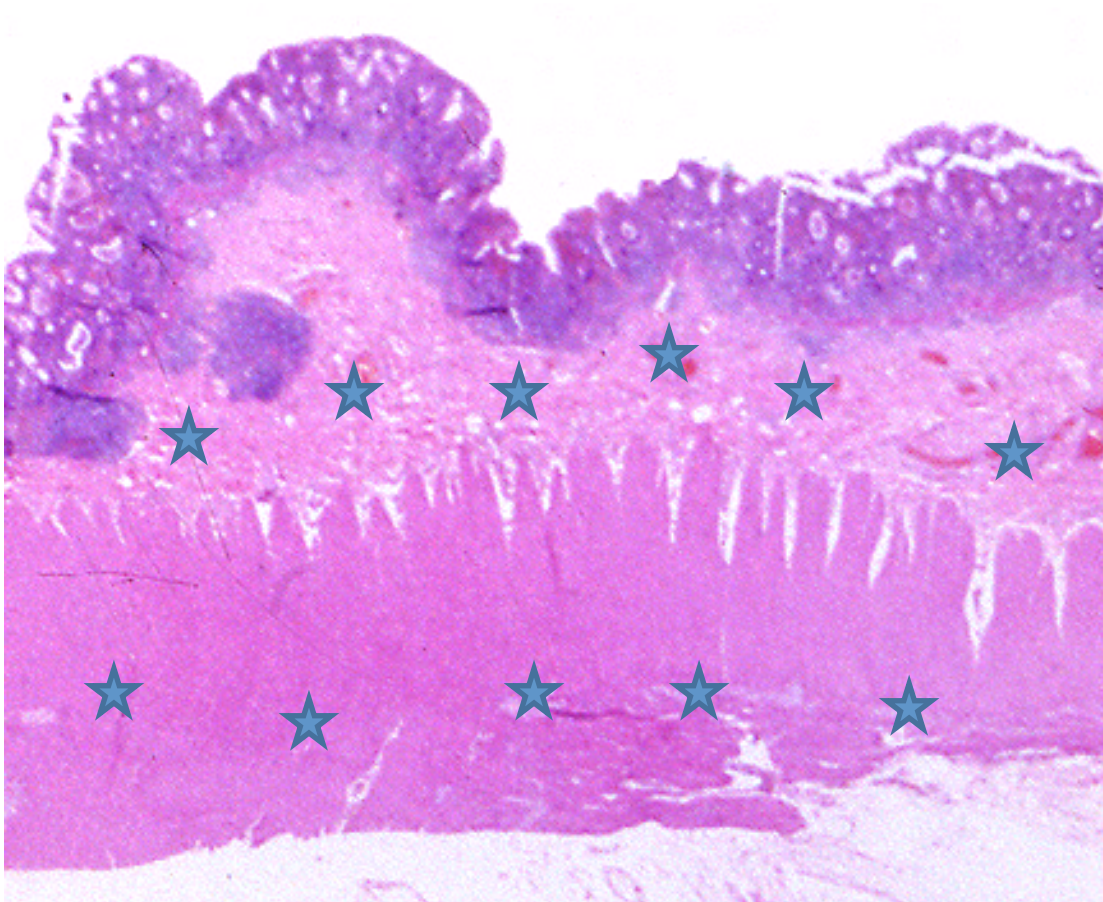
QRM 5

- Quelles anomalies histologiques sont caractéristiques d'une biopsie rectale de maladie de Hirschsprung?

- A. Hyperplasie des filets nerveux
- B. Augmentation de la taille des cellules ganglionnaires
- C. Aganglionose
- D. Absence de ganglions lymphatiques
- E. Absence de cellules intersitielles de Cajal

Topographie des cellules ganglionnaires

La zone biopsiée doit être en zone pathologique (aganglionnaire) et contenir les tuniques renfermant les plexus nerveux :

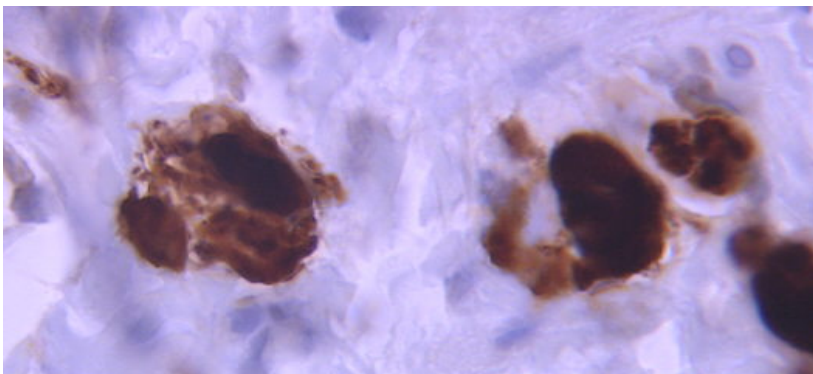


Sous-muqueuse
(Meissner)

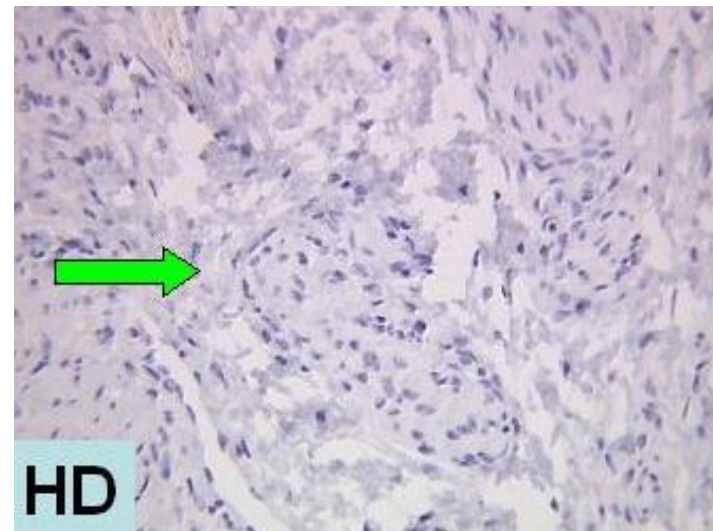
Musculeuse
(Auerbach)

Histologie de la MH

- Absence de corps cellulaires de neurones (« cellules ganglionnaires ») dans les plexus : aganglionose
- Hyperplasie réactionnelle de la glie (cellules de Schwann) : aspect hyperplasique des plexus



Plexus normaux – patient sain



Manométrie anorectale

- Étudie comportement sphinctérien selon pression exercée par un ballonnet au niveau du rectum
- Situation physiologique:

Remplissage rectum => RRAI

MH : abolition du RRAI

Pas assez spécifique pour diagnostic positif

Les limites de l'opacification

- Signe : disparité de calibre
- Concordance imagerie/anapath: 60%
- Intêret principalement pré-thérapeutique



QRM 5

- Le grand frère de ce nourrisson, âgé de 4 ans, présente une **constipation fonctionnelle** invalidante. Quel(s) traitement(s) démontré(s) efficace(s) vous semble(nt) justifié(s)?

- A. Augmentation de la ration de fibre
- B. Augmentation de la ration hydrique
- C. Traitement par polyéthylène glycol oral
- D. Massages abdominaux
- E. Lavements quotidiens

QRM 5

- Le grand frère de ce nourrisson, âgé de 4 ans, présente une **constipation fonctionnelle** invalidante. Quel(s) traitement(s) démontré(s) efficace(s) vous semble(nt) justifié(s)?

- A. Augmentation de la ration de fibre
- B. Augmentation de la ration hydrique
- C. Traitement par polyéthylène glycol oral
- D. Massages abdominaux
- E. Lavements quotidiens

- Les mesures hygiénodiététiques sont d'effet anecdotique (mais mentionnées en première ligne dans le référentiel)
 - **Effet probable modeste de l'augmentation des fibres**
 - Pas d'effet démontré de l'augmentation de la ration hydrique en pédiatrie
- Le traitement médicamenteux le plus efficace est le PEG : Forlax, Movicol
- Les traitements par voie rectale sont à éviter (mal acceptés et pas plus efficaces)