

Première partie : Modules transdisciplinaires

Module 3 - Maturation et vulnérabilité

Objectif 32 - DEVELOPPEMENT DU CONTROLE SPHINCTERIEEN ET SES TROUBLES

Rédaction : Daniel SIBERTIN-BLANC, Colette VIDAILHET

Relecture : Charles AUSSILLOUX et Dominique SAUVAGE

Objectifs :

- *Savoir diagnostiquer l'encoprésie et l'énurésie*
- *Savoir identifier les facteurs étiologiques*
- *Connaître les principes du traitement*

DEVELOPPEMENT DU CONTROLE SPHINCTERIEEN

A - L'ACQUISITION DU CONTRÔLE DU SPHINCTER URETRAL

Elle est soumise à l'influence conjointe de la maturation physiologique, du développement psychologique et de l'éducation. D'importantes variations existent d'un enfant à l'autre.

1 - La maturation du système nerveux central et périphérique.

- *La première année, la miction est réflexe, déclenchée par la pression intra-vésicale au-delà d'un certain seuil. Survient alors une contraction de la musculature lisse de la paroi vésicale (le détrusor) en synergie avec un relâchement de la musculature striée du sphincter externe et du plancher périnéal.*
- *A partir de la fin de la première année, les connections avec les centres cérébraux supérieurs transforment peu à peu la miction en 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 que ses parents lui transmettent, où et quand il doit uriner.*
- *A 24 mois, la propreté diurne est généralement acquise puis à 36 mois, la propreté nocturne.*
- *A partir de 3 ans, le système régulateur de l'évacuation vésicale devient automatique. Il lui permet de dormir en toute sécurité. En cas d'urgence, l'enfant contracte volontairement le sphincter externe et les muscles du plancher périnéal.*

2 - l'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.

3 - Education

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

B - ACQUISITION DU CONTROLE DU SPHINCTER ANAL

- *Jusqu'au 6e 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 normalement*
- **La défécation est un mécanisme qui se déroule en trois temps :**
 - *Le premier temps, involontaire et purement réflexe, est 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 simultanément une hypotonie sigmoïdienne qui réduit la pression intra-rectale.*
 - *Le deuxième 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.*
 - *un troisième temps, volontaire est celui de l'évacuation. Il 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 pour l'enfant : le passage du boudin fécal au niveau de la jonction rectosigmoïdienne, la pression du boudin fécal contre le sphincter externe, la réplétion et la déplétion du rectum. Cette excitation induite permet de comprendre la durée particulière des troubles du sphincter anal malgré ses nombreux désagréments et son mécanisme essentiel : une lutte active pour inhiber l'ouverture du sphincter anal malgré la pression des matières fécales.

LES TROUBLES DU CONTROLE SCPHINCTERIEEN

A - L'ENURESIE

DEFINITION

- L'énurésie est une miction répétée, involontaire, le plus souvent nocturne, survenant chez les enfants âgés 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.
- L'énurésie est dite « primaire » si elle n'a pas été précédée d'une période de continence urinaire d'au moins un an. C'est la forme la plus fréquente (75% à 85% selon les enquêtes).
- Elle est dite « secondaire », s'il y a eu une période antérieure de continence urinaire est supérieure à 1 an. Elle débute habituellement entre 5 et 7 ans. Un événement déclenchant est alors souvent retrouvé.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.

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

DIAGNOSTIC POSITIF

1- 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 connaître le contexte familial, scolaire et social ainsi que l'histoire de l'enfant et 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 de mécanismes physiopathologiques :
 - l'immaturation vésicale est caractérisée par l'hyperexcitabilité et une hypertonicité du detrusor. Elle est suspectée du fait de l'existence de mictions diurnes fréquentes, impérieuses et de petit volume.
 - une polyurie fonctionnelle nocturne est évocatrice d'un défaut de sécrétion nocturne d'hormone antidiurétique.
 - caractéristiques particulières du sommeil décrites par les parents, avec difficulté à réveiller l'enfant et seuil d'éveil trop élevé.
- Eléments du contexte :
 - association éventuelle d'autres troubles, en particulier une encoprésie - dans 20% des cas chez les garçons et 10% chez les filles -, troubles anxieux, troubles du développement (langage ou retard mental).
 - Existence d'antécédents d'énurésie dans la fratrie ou chez les parents.
 - Caractéristiques du fonctionnement familial, avec des interactions marquées par des préoccupations anxieuses, des exigences éducatives fortes, éventuellement inadaptées à l'âge ou aux capacités de l'enfant, ou au contraire une négligence. L'énurésie suscite souvent des réactions inappropriées, en étant l'occasion de liens privilégiés comme pour un enfant plus jeune, ou au contraire en renforçant une surveillance pouvant devenir tyrannique et donnant lieu à des jugements négatifs et une suspicion de mauvaise volonté dans le maintien du symptôme.
 - Caractéristiques de la situation sociale, surtout pour les enfants vivant en institution, et scolaire, avec l'éventualité d'un retentissement d'un échec.

Histoire de l'enfant :

- Repérage des étapes du développement psychomoteur de l'enfant, de ses réactions et de celles de ses parents face à des événements difficiles, naissance d'un puîné, départ d'un membre de la famille, survenue d'une maladie... et face aux expériences de séparation, par exemple lors de son entrée dans le monde scolaire.
- L'entretien avec l'enfant et ses parents met en perspective le symptôme dans son contexte à travers l'anamnèse, en repérant des répétitions et des coïncidences avec des événements du passé
- Description des traitements éventuels antérieurs et de leurs effets à court et moyen terme.

La position de l'enfant par rapport au trouble :

- Son indifférence ou ses 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 par un jeu quasi orgasmique de rétention et d'expulsion de l'urine.
- Ces réactions sont bien sûr 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 ».

- l'énurésie primaire

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

- l'énurésie secondaire

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

2- L'examen somatique, doit toujours être réalisé pour repérer des éléments utiles au diagnostic différentiel (Cf infra) et orienter vers des examens complémentaires.

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

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

- **Les pollakiuries**, petites mictions fréquentes, précédées d'un besoin impérieux d'uriner. Elles signent souvent une infection urinaire mais peuvent être liées aussi à des facteurs émotionnels.
- **Les polyuries avec polydipsie** annoncent un diabète insulino-dépendant, un diabète insipide d'origine rénale ou anté-hypophysaire ; mais elles peuvent être aussi la conséquence d'une potomanie. On sait que certains enfants énurétiques sont d'authentiques potomanes.

- **L'incontinence urinaire**, écoulement d'urine par petits jets ou goutte à goutte ont trois causes possibles :
 - un obstacle au niveau du bas appareil provoquant une rétention chronique en amont avec des mictions par engorgement.
 - un épispadias, facile à reconnaître chez le garçon.
 - un abouchement ectopique de l'uretère (surtout chez les filles), soit au niveau de la vulve, soit dans le vagin.
- **Les mictions automatiques** des « vessies neurologiques », sont associées à des signes neurologiques sensitivo-moteurs au niveau et autour des sphincters dans le cadre d'un syndrome de la queue de cheval.
- **Les épilepsies morphéïques**, à type de grand mal, surviennent à l'endormissement, au réveil ou en période de sommeil léger.

FACTEURS ETIOLOGIQUES OU FAVORISANTS

- Chaque histoire clinique est unique et montre qu'il est difficile d'« expliquer » l'énurésie selon un modèle étiologique simple et linéaire.
- Certains facteurs déclenchent l'énurésie, d'autres l'entretiennent. Les premiers seraient plutôt somatiques ou liés à l'éducation sphinctérienne, les seconds plutôt psychologiques et liés aux réactions familiales.
- Les facteurs étiologiques semblent en fait se succéder dans le temps et conjuguer leurs effets. Les modèles construits après coup à partir de certaines dominantes cliniques sont en effet rarement confirmées par un traitement qui se voulait « ciblé » et spécifique.

1 - Les facteurs somatiques.

Ils agirait par le biais d'un retard de maturation du système automaticovolontaire contrôlant la contention vésicale. Considéré comme le noyau basal de l'énurésie, sa maturation progressive expliquerait la disparition spontanée de l'énurésie qui chaque année est estimée entre 10 et 15 %. Plusieurs niveaux peuvent être successivement envisagés :

- **le niveau génétique**

De nombreuses enquêtes familiales ont montré que l'énurésie était souvent retrouvée chez les ascendants ou les collatéraux. Ainsi lorsque les deux parents ont eu une énurésie, elle est retrouvée chez 77 % des enfants. Ce chiffre n'est plus que de 44 % si un seul parent a été énurétique, et tombe à 15 % si aucun des deux parents ne l'a été. De même, des études faites chez les jumeaux ont montré une concordance de 68% chez les couples monozygotes et de 36% chez les dizygotes. Mais aucun véritable modèle génétique n'a pu être identifié.

- **facteurs ante ou périnataux ou postnataux**

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

2 - Facteurs éducatifs et familiaux.

- On sait l'influence structurante du milieu social et éducatif sur les premiers apprentissages comme sur celui de la maîtrise sphinctérienne. L'exemple des enfants élevés en institution est à cet égard convaincant : l'incidence de l'énurésie chez les enfants de 4 à 7 ans, y est trois fois plus importante que dans la population générale. Celui des enfants énurétiques, éduqués dans des familles à « problèmes multiples » où l'éducation est donnée au hasard et de manière incohérente, est tout aussi éclairant.
- 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, sans tyrannie éducative, sans mise au pot précoce. Mais une anamnèse détaillée peut dans certains cas reconstituer l'histoire naturelle du symptôme, tel un fil conducteur remontant vers le passé. Il révèle au cours de l'entretien des événements datés, petits ou grands : conflits de couple, naissance d'un puîné, deuils, etc...

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.

LES TRAITEMENTS

L'énurésie est en général un symptôme banal et bénin dont l'évolution tend spontanément à la guérison. Mais ses inconvénients psychologiques sont suffisamment importants pour justifier un traitement à partir de 5 ou 6 ans et à condition qu'il soit sans aucun danger ni sans effet secondaire pour l'enfant.

1 - Mesures générales.

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

- Suppression des couches en les remplaçant par des alèses étanches, régularisation du rythme de sommeil, invitation à ce que l'enfant participe de lui-même à son hygiène corporelle.
- Attitudes pédagogiques claires, démystifiant le symptôme : en expliquant à l'enfant avec un dessin accompagné de mots simples et précis, les relations entre les apports hydriques et l'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 ainsi un lien entre l'enfant et son médecin et le contrat de soin qui les unit.

2 - Thérapeutiques symptomatiques.

Les médicaments

Leur efficacité est supérieure au seul effet placebo, même si celui-ci joue un rôle certain. Leur effet parfois très provisoire est souvent utile pour faire au moins découvrir à l'enfant et à ses parents que l'énurésie n'est pas une fatalité.

- **Les imipraminiques** (Tofranil ®, Anafranil ®) considérés comme efficaces à la dose de 1 à 2 mg/kg le soir, en deux prises, à 18 heures et au coucher, pendant un mois au moins, trois mois au plus. Il est difficile de préciser sur quel mécanisme agit cet antidépresseur tricyclique : sur le détrusor par un effet anticholinergique périphérique inhibiteur des muscles lisses, favorisant ainsi l'hypotonie vésicale ? Au niveau d'une élévation du seuil d'éveil, permettant à l'enfant de reprendre consciemment et volontairement le contrôle de la miction ? Ou encore par le biais d'une action purement psychotrope, sur une dépression masquée ?
- **L'oxybutynine** (Ditropan ®), anticholinergique de synthèse, prescrit à des doses variables de 5 à 15 mg en deux fois le soir pendant deux mois au moins, prolongées 6 mois, si nécessaire surtout s'il existe un syndrome d'immaturité vésicale. C'est un produit dont la demi-vie est courte et ne protège l'enfant qu'en début de nuit.
- **La Desmopressine** ou DDAVP (Minirin ®) : l'utilisation de cette hormone antidiurétique de synthèse repose sur un mécanisme controversé : la diminution de la sécrétion nocturne d'hormone anti-diurétique. La prescription est faite le soir, au coucher, sous forme de pulvérisations nasales (de 10 à 40 microg) 1/2 heure avant le coucher, pendant 1 à 3 mois de manière continue ou intermittente lors des rechutes.

Les alarmes.

- C'est une méthode ancienne de conditionnement (« pipi-stop ») dont certains soulignent les résultats très favorables à long terme (estimés à 70%) Le procédé est simple et sans risque : une sonnerie déclenchée lorsque la fuite urinaire vient mettre en connection un circuit électrique. L'enfant, réveillé, reprend le contrôle de sa miction. Ce traitement est prescrit habituellement pour 5 à 8 semaines. Il nécessite bien sûr l'adhésion de l'enfant et de sa famille.
- C'est sur le seuil d'éveil qu'agiraient les alarmes. L'enfant modifie peu à peu la qualité de son sommeil et ainsi allège son niveau d'éveil, ce qui facilite le déclenchement du réflexe d'inhibition vésicale. C'est par le même mécanisme qu'agiraient les effets thérapeutiques des changements de lieu. Lorsque ces enfants dorment loin de leur famille, redoutant alors une humiliante fuite nocturne, ils modifient inconsciemment leur sommeil en arrivant ainsi à se contrôler.

Autres thérapeutiques symptomatiques.

- **La gymnastique mictionnelle.**

Elle est indiquée si l'enfant est suffisamment âgé pour comprendre les mécanismes physiologiques sur laquelle s'appuie cette méthode : la miction est interrompue puis reprise pour renforcer le muscle du sphincter ou encore. la miction est retardée progressivement après des apports hydriques constants. Elle 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, voir de la desmopressine, pour avoir à la fois un effet en début et en fin de nuit.

2 - Les psychothérapies individuelles.

- La psychothérapie est dite « de soutien » lorsque l'enfant souffre des conséquences de l'énurésie dans sa vie quotidienne familiale et sociale, avec parfois élément dépressif.
- Elle peut être une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, si l'énurésie est résistante et si les conflits intériorisés apparaissent en premier plan, à travers une constellation symptomatique significative.

4 - Les options thérapeutiques

- Dans tous les cas, les mesures générales doivent être appliquées. 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 en effet 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.

B - LES TROUBLES DU SPHINCTER ANAL

Le processus qui conduit à l'automatisation du contrôle du sphincter anal implique la conjonction de trois facteurs : la maturation neurophysiologique, le développement psychoaffectif et l'éducation. Nombreux sont les éléments 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 plus tardif et le plus visible.

LA PHOBIE DE LA DEFECATION

- Au moment de la défécation, certains enfants sont saisis par une vive angoisse qui résiste aux réassurances de leur mère. Celles-ci doivent alors les porter à bras 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 phobiques de la défécation l'associent à des craintes menaçant leur corps ou leur identité : tel un vidage interne, la perte d'un fragment de substance corporelle, la peur d'être engloutis dans le trou d'évacuation et d'être emportés par le torrent de la chasse d'eau. Cette phobie peut être plus discrète, se traduisant par une 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 cependant passagère et surmontée facilement avec l'aide des parents.
- Elle 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 manœuvres 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 mégacolon fonctionnel et à l'encoprésie.

LE MEGACOLON FONCTIONNEL

- Ce trouble relativement fréquent est discret et souvent méconnu. Il survient après une constipation progressive dont les premiers signes commencent tôt, parfois même dès la fin de la première 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 fécès 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.
- Le toucher rectal révèle alors une ampoule dilatée et remplie de matières fécales, avec parfois des fécalomes.
- Le lavement baryté montre une dilatation conique en entonnoir en amont du sphincter externe.
- Ce dysfonctionnement acquis de la défécation doit être différencié du mégacolon 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.
- L'évolution du mégacolon fonctionnel peut être bénigne, jalonnée par des périodes de rétention et de débâcles intestinales, avec parfois des épisodes d'encoprésie. Elle 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.

L'ENCOPRESIE

1 - Définition

- C'est une émission 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 (D.S.M. IV).
- Le caractère « volontaire » ou « 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 exclue les troubles sphinctériens secondaires à un syndrome neurologique ou une affection somatique.
- Si l'encoprésie n'a pas été précédée d'une continence fécale d'au moins une année, on parle d'encoprésie « primaire ». Sinon elle est dite « secondaire ». Celle-ci est la plus fréquente et apparaît généralement entre 5 et 8 ans. Cette distinction est dans les faits souvent difficile et surtout sans véritable incidence sur un plan thérapeutique.
- L'encoprésie survient habituellement par périodes de quelques jours ou semaines, en alternance avec des périodes de constipation.

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

- Des évènements familiaux ou scolaires peuvent être des circonstances déclenchantes.

2 - Epidémiologie

- Sa fréquence chez les enfants scolarisés est de 1,5 à 3 % selon l'âge.
- Chez les enfants de 7-8 ans, elle est de 2,3 % chez les garçons et de 1,3 chez les filles, avec un sexe ratio, selon les auteurs, de 3,4 à 10 garçons pour 1 fille.
- Association avec une énurésie dans 20 à 50 % des cas

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.

Cette première rencontre doit surtout favoriser la mise en confiance de l'enfant et permettre avec les renseignements 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

Caractéristiques séméiologiques :

- **La forme rétentionnelle**

C'est la forme la plus fréquente. Elle s'inscrit dans la continuité du mégacolon 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 alors sincèrement surpris, et humilié, mais poursuit son activité pour masquer son trouble. Seule l'odeur incommodante révèle à son entourage la fuite fécale qu'il se résigne alors à avouer. Sinon il essaye de dissimuler ses vêtements souillés ou de les laver.

• **La 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 alors 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.

• **Les formes mixtes**

Une observation longitudinale permet bien souvent de voir 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.

Contexte familial, scolaire et social

Il peut avoir existé une éducation sphinctérienne marquée par la rigidité avec des 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 dominée par son incohérence, livrant l'enfant à lui-même, à des protestations sans fin, attisant sa destructivité et sa culpabilité.

Eléments de l'histoire de l'enfant

- Recherche d'évènements 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 :
 - Des douleurs d'une fissure anale succédant à une intervention chirurgicale pour imperforation anale.
 - Des épisodes diarrhéiques répétés, irritant la muqueuse anale.
 - Des manœuvres locales intempestives pour une constipation opiniâtre.

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 encopréatique, 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 des organisations psychopathologiques les plus variées.

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

Examen somatique

- La palpation de l'abdomen, et le toucher rectal sont des gestes parfois nécessaires s'ils contribuent à éliminer solennellement toute étiologie organique, hypothèse souvent solidement enracinée chez l'enfant et ses parents.
- L'abdomen montre alors à la palpation, des masses fermes, irrégulières et indolores, surtout dans sa partie inférieure, signe parfois de fécalomes.
- Au toucher rectal, la tonicité du sphincter anal est normale et la muqueuse en amont est souple. Dans les formes rétentionnelles, le rectum est rempli de matières fécales avec éventuellement des fécalomes. Dans les formes non rétentionnelles, le rectum est bien sûr vide.

Examens complémentaires

- Les explorations ne sont pas systématiques, elles sont orientées par les données de l'entretien et l'examen somatique. Elles peuvent ne pas être anodines si elles contribuent à fixer l'attention de l'enfant et de ses parents sur la zone anale. Mais elles sont parfois nécessaires pour effacer toute arrière-pensée d'anomalie anatomique entretenue dans les formes résistantes.
- La radio de l'abdomen sans préparation montre une distension gazeuse du recto-sigmoïde témoignant de la rétention.
- Un lavement baryté pourrait retrouver ici une image typique de mégacolon 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.
- L'étude de la pression manométrique de l'ampoule rectale est par ailleurs normale.

5 - Le diagnostic différentiel

L'incontinence fécale, est une émission fécale involontaire, mais liée à une parésie ou une paralysie de la musculature volontaire du sphincter externe. Elle fait alors partie d'un syndrome neurologique de « la queue de cheval ».

6 - 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.

- Mais l'évolution du symptôme doit être distinguée du destin psychopathologique de l'enfant. Celui-ci est 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.

9 - Traitement.

- Les traitements symptomatiques ne peuvent être mis en oeuvre sans avoir une 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 ainsi 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. Mais les récurrences sont fréquentes et cette médicalisation du symptôme n'est pas sans inconvénients majeurs : celle de conforter les parents dans leurs besoins de maîtriser le fonctionnement sphinctérien de leur enfant, celle de court-circuiter son implication psychique dans la production de l'encoprésie. L'objectif général est en effet qu'il puisse lui-même assurer une défécation active et régulière. Souligner dans les entretiens avec l'enfant son implication dans le trouble qu'il présente, 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 participe pour qu'il y adhère, 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.
- Les conflits initiaux ne sont pas pour autant résolus par la disparition de l'encoprésie qui n'en était qu'un des symptômes, même s'ils sont allégés. Dans de nombreux cas, des psychothérapies individuelles ou familiales sont utiles et prennent sens après un temps d'élaboration fondée sur une alliance avec les parents.

BIBLIOGRAPHIE.

1 Enurésie.

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV, 4rd ed. Washington, DC: APA, 1995.
2. **AVEROUS M.** - Enurésies de l'enfant. Encycl. Méd. Chir. Pédiatrie, 18207 E 10 et 4085 C 20. 1992.
3. **BUTLER R.J.** - Establishment of work-ing definitions in nocturnal enuresis. Arch. Dis. Child., 1991, 66 : 267-271.
4. **DUCHE D.J.** - L'énurésie, 1968, P.U.F.
5. **DUCHE D.J., GABERSEK V., LABAR P.** - Etude électrophysiologique du sommeil de l'enfant énurétique. Rev. Neuropsych. Inf. 1966, 14: 139-152.
6. **EVANS J.H.C., MEADOW S.R.** - Desmopressin for bed-wetting: length of treatment, vasopressin secretion, and response. Arch. Dis. Child., 1992, 67 184-188.
7. **FITZWATER D., MACKNIN M. L.** - Risk and benefit in enuresis therapy. Clin. Pédiatries. 1992, 31, 5: 308-3 10.
8. **FORSYTHE W.J., REDMOND A.** - Enuresis and spontaneous cure rate study of 1129 enuretics. Arch. Dis. Child., 1974, 49: 259-263.
9. **KREISLER L.** - Enurésie, In: Encycl Med Chir, 1977, Pédiatrie, 9: 4101 G 95.
11. **MAZET P., BRACONNIER A.** - Le sommeil de l'enfant et ses troubles, N°2298, 1986, Que sais-je ? P.U.F.
- 12 - **SCHMIT G. SOULE M.** L'énurésie, in : Nouveau traité de Psychiatrie de L'Enfant et de l'Adolescent, 1995, 2 : p 1751-1770, P.U.F.

Troubles du sphincter anal.

- 1 - **ARAJÄRVI T., HUTTUNEN M.** - Encopresis and enuresis as symptoms of depression. In : Etats dépressifs chez l'enfant et l'adolescent, Proc. 4th U.E.P.Congr., Stockholm, 1 971, 21 2-21 7.
- 2 - **BELLMAN M.** Encoprésie, Enuresie and dépression : psychopathological mechanisms. In : Etats dépressifs chez l'enfant et l'adolescent, Proc. 4th U.E.P. Congr. ,Stockholm, 1971, 218-224.
- 3 - **CRAMER B., PALACIO-ESPASA F., DUFOUR R., et al.** - Trente-six encoprétiques en thérapie. Psych. Enf. , 1 983, 2 : 309-41 0.
- 4 - **KREISLER L., FAIN M., SOULE M.** - Encoprésie et mégacolon fonctionnel. In L'enfant et son corps, P.U.F., PARIS, 1 974, p 21 3-244.
- 5 - **NOOLAN T., DEBELLE G., OBERKLAIID F., COFFEY C.** - Randomised trial of laxatives in treatment of childhood encopresis. Lancet, 1991, 338 523-27.
- 6 - **TRIDON P., VIDAILHET C., MORALI A. et al.** - L'encoprésie, Rev. Neur. Enf. Ado., 1883, 31, 4 : 193-21 5.