

CONSTIPATION DE L'ENFANT DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE A BAMAKO.

Childhood Constipation In A General Pediatrics Unit In Bamako.

Sacko K, Konaté D, Traoré F, Maiga B, Traoré K, Konaré H, Diakité FL, Bah G, Dembelé A, Cissé E, Touré A, Doumbia A, Togo P, Doumbia AK, Coulibaly O, Traoré M, Maiga L, Ahmadou I, Coulibaly YA, Diall H, Sangaré A, Diakité AA, Dicko FT, Sylla M, Togo B.

Auteur correspondant : Dr Karamoko SACKO, Département de Pédiatrie CHU Gabriel Touré, Bamako Mali. Karamoko_sacko@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La constipation est un symptôme qui correspond à une anomalie des selles ou de leur élimination : elles sont trop volumineuses ou trop dures, trop rares, ou leur élimination est douloureuse, voire incomplète. **Objectif :** le but de cette étude était de déterminer la fréquence, les facteurs favorisants, les signes et les modalités thérapeutiques de la constipation de l'enfant dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. **Patients et Méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective allant du 1 avril 2019 au 31 Janvier 2020. Ont été inclus tous les patients de 0 à 15 ans ayant consulté dans le département de pédiatrie pour constipation et répondant aux critères de Rome IV. **Résultat :** Nous avons enregistré 75 patients. La fréquence hospitalière était de 0,23 %. La tranche d'âge d'un mois à deux ans représentait 61,3% des patients, l'âge moyen était de 27,7 +/- 43 mois. Le sexe masculin prédominait avec 58,7%. La constipation était le motif de consultation le plus fréquent avec 62,6%. Une selle par semaine a été retrouvée chez 77,3 % des patients. La douleur à la défécation a été retrouvée chez 65,3 % des patients. La constipation était fonctionnelle chez 69,3% des patients. La maladie de Hirschsprung était la cause de la constipation organique chez 65,2% des patients. Les laxatifs ont été prescrits chez 64 % des patients à la consultation. **Conclusion :** La constipation est une pathologie fréquente qui touche les enfants à tout âge. Elle est d'origine fonctionnelle dans la majeure partie des cas.

ABSTRACT

Introduction: Constipation is a symptom that corresponds to an anomaly of the stools or their elimination: they are too bulky or too hard, too rare, or their elimination is painful, even incomplete. **Objective:** was to determine the frequency, the contributing factors, the signs and the therapeutic methods of constipation in children in the pediatric department of the CHU Gabriel Touré. **Patients and Method:** This was a descriptive cross-sectional study with prospective collection from April 1, 2019 to January 31, 2020. All patients aged 0 to 15 who consulted in the pediatric department for constipation and responding to the Rome IV criteria. **Result:** We registered 75 patients. The hospital frequency of 0.23%. The age group from one month to two years represented 61.3% of the patients, the average age was 27.7 +/- 43 months. The male gender predominated with 58.7%. Constipation alone was the most common reason for consultation with 62.6%. One stool per week was found in 77.3% of patients. Pain on defecation was found in 65.3% of patients. Constipation was functional in 69.3% of patients. Hirschsprung disease was the cause of organic constipation in 65.2% of patients. Laxatives were prescribed in 64% of patients at the consultation. **Conclusion:** Constipation is a frequent pathology that affects children at all ages. It is of functional origin in most case.

INTRODUCTION

La constipation est un symptôme qui correspond à une anomalie des selles ou de leur élimination : elles sont trop volumineuses ou trop dures, trop rares, ou leur élimination est douloureuse, voire incomplète [1]. Elle touche toutes les tranches d'âge, mais les nourrissons semblent être plus vulnérables dans leur première année de vie. En effet, jusqu'à 30 % des enfants d'âge scolaire ont, ou ont été pendant un temps de leur vie, constipés [2]. Les problèmes inhérents aux selles représentent jusqu'à 3% des motifs de consultation dans la pratique pédiatrique générale et jusqu'à 25% des consultations du gastroentérologue pédiatre dans les pays développés [3]. Chez l'enfant, la constipation est en général primitive et appelée «fonctionnelle» et dans plus de 90 % des cas, aucune cause organique ne peut être identifiée. Les causes organiques (maladie de Hirschsprung...) moins de 5% des cas doivent systématiquement être

recherchées lors de la consultation [2]. La constipation est peu chiffrée en Afrique, mais les études en milieux hospitaliers urbains relèvent sa grande fréquence [4]. Au Sénégal en 2002 Diouf a trouvé une prévalence de 3,7% [5]. Très peu de données existent sur la constipation dans le département de pédiatrie du CHU GT, ce qui nous a motivé à réaliser ce travail dont l'objectif était de déterminer la fréquence, les facteurs favorisants, les signes et les modalités thérapeutiques de la constipation de l'enfant dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective allant du 1 avril 2019 au 31 Janvier 2020 dans le service de pédiatrie générale, le seul service pédiatrique de niveau national et qui prend en charge tous les enfants de 0 à 15 ans à Bamako. Ont été inclus tous les patients de 0 à 15 ans ayant consulté dans le

département de pédiatrie pour constipation et répondant aux critères de Rome IV à savoir :

Présence d'au moins 2 des critères suivants sur une période d'au moins 1 mois, pour les nourrissons et enfants jusqu'à l'âge de 4 ans :

- ≤2 selles par semaine
- Antécédent de rétention fécale excessive
- Antécédent de selles dures ou de défécation douloureuse
- Antécédent de selles volumineuses
- Présence d'une masse fécale dans le rectum (fécalome)

Chez les enfants qui contrôlent l'exonération, les critères supplémentaires suivants seront utilisés :

- au moins 1 épisode d'incontinence fécale par semaine
- Antécédent de selles volumineuses pouvant obstruer les toilettes.

Les patients dont les parents n'ont donné leur accord pour participer à l'étude n'ont pas été inclus. Les paramètres étudiés ont été cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Les données ont été colligées sur des fiches d'enquête. L'analyse a été faite avec le logiciel SPSS version 21 et le traitement de texte avec le logiciel Microsoft Word 2013.

RESULTATS

Données épidémiologiques : Du 1^{er} Avril 2019 au 31 Janvier 2020, sur les 32173 enfants ayant consulté en pédiatrie nous avons colligé 75 cas de constipation soit une fréquence hospitalière de 0,23 %. La plupart des patients ont consulté au mois de juillet et de janvier soit respectivement 21(28%) et 12(16%). Les patients venant hors de Bamako représentaient 29,3%.

Caractéristiques sociodémographiques des enfants : La tranche d'âge d'un mois à deux ans représentait 61,3% des patients, l'âge moyen était de 27,7 +/- 4 mois (**Tab 1**). Le sexe masculin prédominait avec 58,7% soit un ratio de 1,42. La constipation seule était le motif de consultation le plus fréquent avec 62,6%.

Environ 7% des patients avaient un antécédent médical, (4 cas d'Infirmité Motrice Cérébrale et 1 cas de retard psychomoteur). La notion de retard d'évacuation de méconium a été retrouvée chez 32% des patients. La notion de constipation familiale était retrouvée chez 5,3 % des patients. L'antécédent de constipation était retrouvé chez 54,7% des patients. Un antécédent de chirurgie digestive a été retrouvé chez 9,3% des patients (**Tab I**).

L'allaitement exclusif était le mode d'alimentation chez 72,7% des patients de moins de 6 mois suivi de l'allaitement mixte 21,2%. Le régime alimentaire était pauvre en fibre chez 73,8% des patients de plus de 6 mois. Quarante-cinq virgule quatre pour cent des patients étaient à leur premier épisode de constipation. Un peu plus de la moitié des patients avaient une durée de constipation de quatre semaines. La notion de rétention fécale

volontaire a été retrouvée chez 12% des patients (**Tab II**)

Caractéristiques cliniques et paracliniques : Une selle par semaine a été retrouvée chez 77,3 % des patients. Soixante-huit pour cent des patients avaient des selles dures. La douleur à la défécation a été retrouvée chez 65,3 % des patients. La distension abdominale a été retrouvée chez 58,7 % des patients. L'anite était retrouvée chez 9,3% des patients, une malformation ano-rectale chez 6,7%, (anus vulvaire 2 cas; anus couvert incomplet avec fistule anocutané un cas et anus périnéal antérieur 2 cas) et une fissure anale chez 1,3% (**Tab III**).

La radiographie de l'abdomen sans préparation réalisée chez 25,3 % des patients a retrouvé une distension colique chez 68,4% des patients et le fécalome chez 30 % des cas.

La biopsie anorectale a été faite chez 12 % des patients. L'histologie a objectivé une aganglionnose avec hyperplasie des fibres cholinergiques (**Tab IV**).

La constipation était fonctionnelle chez 69,3% des patients. La maladie de Hirschsprung était la cause de la constipation organique chez 65,2% des patients.

Traitement : La majorité des patients (60%) n'avaient pas utilisé de médicament à domicile. Les laxatifs ont été prescrits chez 64 % des patients à la consultation, les mesures hygiéno-diététiques chez 61,3%, le lavement évacuateur chez 5,3% et une intention chirurgicale chez 24% (**Tab V**).

DISCUSSION

Les éléments épidémiologiques : Notre fréquence hospitalière de 0,23% était différente de celles de Keshtgar AS [6] et Martinez C [7] qui ont trouvé des fréquences de 0,3% et de 28%. Dans la littérature la prévalence de la constipation varie de 0,7% à 29,6% selon les auteurs dus à une grande variabilité de critères de définition et des lieux d'étude [1]. Notre fréquence basse pourrait s'expliquer par nos critères d'inclusion et aussi par le lieu d'étude qui est un service de pédiatrie générale.

Caractéristiques sociodémographiques et antécédents des patients :

-L'Age : Dans notre série, l'âge moyen des patients pour la constipation fonctionnelle était de 27,7 mois (2,3 ans) qui était inférieur à la plupart des résultats trouvés dans la littérature qui étaient respectivement de 4,8 ans et 4,12 ans [5, 8]. L'âge moyen pour la maladie de Hirschsprung (3,4 ans) la principale cause de constipation organique dans notre série était proche de celui retrouvé par Diouf S (4,8 ans) [5]. La maladie de Hirschsprung est révélée précocement et serait impliquée dans la pathogénie de constipation organique. Ce résultat explique aussi un retard diagnostique des maladies de hirschsprung qui devait être évoquée pendant la période néonatale avec la

notion de retard d'émission de méconium plus de 48 heures après la naissance.

-Le sexe : Nous avons retrouvé une prédominance masculine pour la constipation fonctionnelle avec un sex-ratio de 1,26 ; d'autres études ont trouvé cette prédominance masculine de la constipation fonctionnelle avec respectivement un sex-ratio de 1,48 et 1,02 [7, 9]. Dans la littérature il n'a pas été établi une relation entre le sexe et la survenue de la constipation fonctionnelle. Il a été établi que la maladie de Hirschsprung est 9 fois plus fréquente chez le garçon, notre résultat va dans ce sens avec un ratio de 4 garçons pour une fille. Ce même résultat a été retrouvé par certains auteurs notamment Elhahaby E [10].

-Le comportement défécatore : La majorité des patients (77,3%) de notre échantillon avait une fréquence de selle inférieure à deux fois par semaine. La dureté des selles est retrouvée dans 68% des cas.

À tous âges un événement générateur de selles dures émises douloureusement peut déclencher une attitude de rétention et une constipation durable (épisode fébrile avec alitement, anorexie et déshydratation relative, long voyage, lieu inhabituel de vie, fissure). Le stade évolué de constipation avec rétention se complique d'encoprésie par la présence de fécalomes qui peuvent également favoriser des troubles urinaires (énurésie, infections urinaires) [11].

-Facteurs étiologiques : La notion de constipation familiale comme dans notre étude a été retrouvée par plusieurs auteurs à des pourcentages variables [5, 8, 12]. Il semble qu'il existerait une prédisposition génétique dans la genèse de cette pathologie [13].

Signes fonctionnels : La douleur abdominale était retrouvée chez 40% de nos patients. Ce taux est proche de ceux de Martinez C [7] et Alberto C [14] qui ont trouvé respectivement 39% et 48,9%. Mais d'autres auteurs ont trouvé des résultats supérieurs à notre notamment Diouf Savec 56,5% [5] et De Lorijn avec 56% [15]. La douleur abdominale serait liée à l'importance de la stase stercorale et à hypersensibilité viscérale.

- La notion de vomissement a été retrouvée chez 18,7%. Ce taux est presque identique à celui trouvé par Diouf S qui était de 17,7% [5]. Il est inférieur à celui d'Alberto C [14] qui a trouvé 33,3%.

Signes physiques : Dans notre étude, la distension abdominale a été retrouvée chez 44 patients soit 58,7%, qui était inférieure aux résultats de Dick R [16] et Diouf S [5] qui ont trouvé respectivement 88% et 80%. La perception de fécalome a été retrouvée chez 24% des patients, ce qui est presque identique aux résultats enregistrés par Diouf S avec 21,3% [5].

Explorations :

La radiographie : L'ASP a été retrouvée chez 64,8% de nos patients une distension colique et le

fécalome chez 30 % des cas. Encore très utilisé dans le diagnostic de la constipation dans notre cadre, sa place dans la stratégie diagnostique a beaucoup diminué avec l'évolution des techniques d'imagerie et n'est plus recommandée de façon systématique pour l'exploration de la constipation.

La biopsie rectale : Nous avons effectué la biopsie rectale chez 60% de cas de maladie de Hirschsprung concluant à une aganglionnose et une hyperplasie des fibres cholinergiques à l'histologie. Ce résultat était inférieur au résultat trouvé par Mouard J qui a enregistré 87% [17].

Etiologies : La constipation de l'enfant est classée en 2 principaux types. Dans notre étude les constipations fonctionnelles ont représenté 69,3%. Dans la littérature la constipation fonctionnelle représente 95% des cas et de nombreux facteurs interviennent dans la genèse de cette constipation. Il faut toujours évoquer une rétention volontaire liée aux difficultés d'accès aux toilettes ou à des toilettes inadaptées. De même, il faut savoir penser à une rétention volontaire secondaire à des douleurs anales par fissures ou liées à des traumatismes secondaires à des manœuvres variées (lavements, évacuation digitale, etc.) et le plus souvent, on retrouve l'association de facteurs diététiques : insuffisance d'hydratation et d'apport de fibres et aussi des facteurs mécaniques [18, 19]. Concernant la constipation organique, elle représentait 30,7%; ce résultat était supérieur à celui de la littérature (5%) qui avait comme principales étiologies chirurgicales la maladie de Hirschsprung et les malformations anorectales hautes ou basses [18, 19].

Prise en charge : Les mesures hygiéno-diététiques ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge des constipations fonctionnelles, elles ont été conseillées chez 92,3% des parents de nos patients. Cette prise en charge a été conseillée par plusieurs études [5, 7].

Le but du traitement médicamenteux était d'une part la vidange rectale (désimpaction fécale), et d'autre part de maintenir un transit régulier. La prescription des laxatifs associés aux mesures hygiéno-diététiques a été faite chez 64% de nos patients.

Le traitement a été chirurgical chez 60% de nos patients souffrant de maladie de Hirschsprung, Diouf S au Sénégal a eu recours à la chirurgie chez 45% des patients souffrant de maladie de Hirschsprung [5].

CONCLUSION

La constipation est une pathologie fréquente qui touche les enfants à tout âge. Elle est d'origine fonctionnelle dans la majeure partie des cas et son diagnostic est posé après un bon interrogatoire et un examen physique minutieux. La maladie de Hirschsprung est de loin la cause organique la plus fréquente et doit être connue par les agents de santé afin de

prévenir sa complication la plus grave qui est l'entérococolite. La constipation doit être prise au sérieux car elle peut à la longue altérer le confort de vie de l'enfant et peut souvent aboutir à l'une de ses complications graves qui est l'encoprésie dont les retombées psychologiques et sociales peuvent être désastreuses. Il est nécessaire de rassurer les parents et de les éclairer sur les différentes manifestations cliniques et les différentes complications pour une prise en charge efficace et durable.

REFERENCE

- 1- **Gottrand F, Turck D**, Gastroentérologie pédiatrique. Paris : John Libbey Eurotec, 2016.
- 2- **Kalach N, Campéotto F, Arhan P, Benhamou H, Dupont C**. Constipation fonctionnelle de l'enfant: stratégie des explorations et orientations. J de Pédiatrie et de Pueric 2009; 22:326-28.
- 3- **Pascal M, Klaas H**. Investigation et traitement de la constipation chez l'enfant. Paediatrica 2011 ; 22 (3):25-26.
- 4- **Camara BM**. La constipation. Med Afr Noire 1999; 46 (4):244.
- 5- **Diouf S, Camara B, Sylla A, Moreira C, M Fourouz, N'diaye O et al**. La constipation de l'enfant en milieu hospitalier dakarais à propos de 30 cas. Med Afr Noire 2004; 51(8/9):483-7.
- 6- **Keshtgar AS, Ward HC, Clayden GS, Sanei A**. Role of anal dilatation in treatment of idiopathic constipation in children: long-term follow-up of a double-blind randomized controlled study. Pediatr Surg Int 2005; 21:100-5.
- 7- **Martinez-Costa C, Palao Ortuno MJ, Alfaro Ponce B, Nunez Gomez F, Martinez-Rodriguez L, Ferre Franch I et al**. Functional constipation: prospective study and treatment response. An Pediatr (Barc) 2005;63(5):418-25.
- 8- **KS Ip, WTK Lee, JSH Chan, BWY Young**. Prevalence of constipation in young children and the role of dietary fibre. Hong Kong Med J 2005 ;11 :431-6.
- 9- **Leoning Baucke V**. Prevalence rates for constipation and fecal and urinary incontinence. Arch Dis Child 2007;92(6): 486-9.
- 10 - **Elhalaby EA, Hashish A, Elbarbary MM, Soliman HA, Wishahy MK, Elkholy A, et Al**. Trans-anal one-stage endorectal pull-through for hirschsprung's disease: a multicenter study. J Pediatr Surg 2004 ; 39(3) :345-51.
- 11- **Mouterde O**. Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant. Archives de pédiatrie .2016 ; 23 :665-66
- 12- **Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, Ritterband LM, Sheen J, Sutphen J**. Treatment of Childhood Constipation by Primary Care Physicians: Efficacy and Predictors of Outcome. Pediatrics 2005; 115(4): 873-7.
- 13- **Agreus L, Svardsudo K, Nyren O, Tibbin G**. The epidemiology of abdominal symptoms: prevalence and demographic characteristic in a

swedish adult population. Scand J Gastroenterol 1994; 29(2):102-9.

14- **Velasco CA**. Functional chronic constipation, Diagnosis, Management; children. Colomb Med 2005; 36(supl 3):55-61.

15- **De Lorijn F, Van Wijk MP, Reitsma JB, Van Ginkel R, Taminiau JM, Benninga MA**. Prognosis of constipation: clinical factors and colonic transit time. Arch Dis child 2004; 89(8):723-7.

16- **Dick RT, Dieth GA**. Le mégacôlon congénital au CHU de Yopougon. J Afr Fr Chir Ped2003 ;33.

17- **Mouard J, Buisson P, Djeddi D, Ribeiro L, Seryer K**. Prise en charge de la maladie de Hirschsprung au CHU d'AMIENS. J Afr Fr Chir Ped2003 ;34-5.

18- **Roche O, Darvot E**. Constipation chronique de l'enfant. Colon rectum. 2015; 9:170.

19- **Lachaux A, Roy P**. Du symptôme au diagnostic la constipation. Archives de pédiatrie 2008; 15:97.

Tableau I: Caractéristiques épidémiologiques et les antécédents.

Caractéristiques	Effectifs	%
Tranche d'âge		
≤ 28 jours	11	14,7
29 jours - 2 ans	46	61,3
3 ans - 6 ans	06	8
7 ans - 15 ans	12	16
Antécédent personnel de constipation		
Oui	41	54,7
Non	34	45,3
Nombre d'épisode de constipation		
Premier épisode	34	45,4
Deuxième épisode	12	16
Troisième épisode	13	17,3
Plus de 3 épisodes	16	21,3
Antécédents de chirurgie digestive		
Oui	7	9,3
Non	68	90,7
Total	75	100

Tableau II : Caractéristiques cliniques

Motif de consultation	Effectifs	%
Ballonnement abdominal	8	10,7
Constipation	47	62,6
Ballonnement + constipation	12	16
Constipation+ douleur abdominale	8	10,7
Durée de la constipation		
Une semaine	8	10,7
Deux semaines	8	10,7
Trois semaines	4	5,3
Quatre semaines	38	50,7
Supérieure à quatre semaines	17	22,6
Notion de rétention fécale Volontaire		
Oui	9	12
Non	66	88
Fréquence des selles par semaine		
Une fois par semaine	58	77,3
Deux fois par semaine	9	12
Absence de selles par semaine	8	10,7
Consistance des selles		
Dure	51	68
Molle	16	21,3
Non évaluée	8	10,7
Total	75	100

Tableau III : Caractéristiques cliniques suite.

Signes associés	Effectifs	%
Vomissements	14	18,7
Anorexie	5	6,7
Douleur abdominale	30	40
Alternance de diarrhée et constipation	2	2,7
Douleur à la défécation	49	65,3
Encoprésie	3	4
Signes physiques		
Distension abdominale	44	58,7
Ondulations péristaltiques	1	1,3
Abdomen tendu	28	37,3
Gargouillement	8	10,7
Tympanisme	34	45,3
Matité	41	54,7
Examen ano-rectal		
Normal	62	82,7
Anite	7	9,3
Présence de fissure	1	1,3
Malformation ano-rectale	5	6,7
Total	75	100

Tableau IV : caractéristiques paracliniques.

Type d'examen complémentaire	Effectifs	%
ASP	19	25,3
Echographie abdominale	6	8
Fistulographie	1	1,3
Biopsie rectale**	9	12
Résultat de l'ASP		
Distension colique avec rectum vide	13	68,4
Sténose anale	3	15,8
Normal	3	15,8
Total	19	100

Tableau V : Éléments thérapeutiques.

Traitement	Effectifs	%
Mesures hygiéno-diététiques	46/75	61,3
Laxatif	48/75	64
Antispasmodique	19/75	25,3
Lavement évacuateur	4/75	5,3
Chirurgical	18/75	24

