



## Incontinence anale en pédiatrie

C. Crétolle<sup>1,\*</sup>, H. Trefouel<sup>1</sup>, G. Podevin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre de référence national pour les malformations anorectales et pelviennes rares MAREP, Service de chirurgie viscéral pédiatrique, Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris-Descartes, Paris, France  
<sup>2</sup>Centre de compétence pour les malformations anorectales et pelviennes rares MAREP, Service de chirurgie viscérale pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, France

On parle d'incontinence anale (IA) chez l'enfant après l'âge de 4 ans. À partir de l'âge de 2 ans 1/2, l'enfant acquiert la propreté active par le contrôle de son sphincter strié. On admet qu'il y a un retard d'acquisition de la propreté pour les selles lorsqu'un enfant continue de se souiller après 4 ans. Les causes sont multiples, la constipation chronique fonctionnelle idiopathique étant de loin la plus fréquente. Cependant, avant de poser ce diagnostic, il faut évoquer les étiologies, certes plus rares, mais dont le traitement (médical ou chirurgical) peut guérir l'IA.

### 1. Les six points essentiels de la continence anale

La continence active pour les selles est obtenue grâce à la conjonction de six facteurs :

- une angulation de la filière anorectale, appelée cap anal, avec un angle entre le rectum et le canal anal ouvert en arrière de 90° ;
- un complexe sphinctérien anorectal (strié) trophique et tonique (sphincter externe et releveurs de l'anus dont le faisceau puborectal) et un sphincter interne (lisse) intact ;
- une sensibilité anorectale normale (muqueuse, sphinctérienne, cutanée) ;
- une innervation sacrée intacte ;
- une commande cérébrale normale ;
- une bonne consistance des selles ;

Le manquement de l'un de ces facteurs peut entraîner une IA.

### 2. Un examen clinique soigneux d'abord

Schématiquement, on retient 2 types d'IA, que l'on peut distinguer cliniquement par le degré de plénitude du rectum :

- un rectum vide signe une encoprésie primaire « active » ou bien une incompétence sphinctérienne totale. L'encoprésie « active » est un trouble psychiatrique grave qui relève d'une prise en charge en pédopsychiatrie. Une incompétence sphinctérienne totale impose de rechercher dans les antécédents du

patient, une intervention chirurgicale compliquée sur la filière anorectale avec lésion sphinctérienne (e.g. malformation anorectale ou maladie de Hirschsprung opérée) ou un traumatisme périnéal avec lésion sphinctérienne ;

- un rectum plein, cas le plus fréquent, témoigne d'une IA liée à des fuites par regorgement dont la cause chez l'enfant est le plus souvent une constipation chronique sévère fonctionnelle isolée. Cependant, ce diagnostic d'élimination suppose d'avoir recherché les autres causes organiques pouvant entraîner une rétention passive de selles, après un examen clinique complet : causes médicales (médicaments ralentisseurs du transit, hypothyroïdie, hypercalcémie, hypokaliémie, maladie cœliaque), dysraphismes ouverts ou fermés (séquelles de myéloméningocèle, moelle fixée, syringomyélie, lipome du filum ou du cône), malformation anorectale, maladie de Hirschsprung. Il faut toujours avoir en tête la possibilité d'une forme syndromique, notamment si différents signes cliniques sont associés et/ou s'il existe des antécédents familiaux de constipation ou de malformations du pôle caudal.

Les critères de Rome III ont permis de clarifier les éléments diagnostiques d'IA par constipation fonctionnelle [1] chez l'enfant. Récemment, les critères de Rome IV exposent des signes précis et validés par la communauté internationale des experts en gastro-entérologie chez l'adulte mais ils restent encore à valider en pédiatrie.

### 3. Les examens complémentaires éliminent les causes organiques

L'ASP est utile pour évaluer l'importance de l'encombrement stercoral avant tout traitement.

Toute suspicion de cause secondaire doit faire réaliser les examens complémentaires pour étayer le diagnostic suspecté, notamment :

- dysraphisme occulte : radiographie des rachis lombaire et sacré de face et profil, IRM lombosacrée (avec des coupes en axiales T1 pour rechercher un lipome du filum) si anomalies lombaires et/ou sacrées, et dans tous les cas s'il existe des troubles sphinctériens urinaires associés ;
- déficit des sphincters striés pelviens : IRM pelvienne et exploration de la fonction défécatoire en déféco-IRM.

Dans le cas d'un bilan étiologique négatif, il faut savoir évoquer

#### 4. La prise en charge est toujours symptomatique, et peut être chirurgicale dans certains cas

Si IA par regorgement sur rétention stercorale, il faut procéder en début de traitement à une vidange colique la plus complète possible par voie rectale. Un traitement laxatif uniquement par voie orale risque en effet d'aggraver les fuites si le rectum n'est pas bien vidé au préalable. En principe, les lavements type Normacol® suffisent, 1 fois par jour pendant 3 ou 4 jours consécutifs. En parallèle, il faut démarrer un traitement per os par laxatifs type macrogol (Movicol®, Forlax®) afin d'obtenir au moins une selle par jour, de scores 3 ou 4 sur l'échelle de Bristol. L'enfant et ses parents doivent être avertis que c'est un traitement sur le long cours (un an voire plus en fonction de l'amélioration des fuites). Les lavements Normacol® peuvent être administrés pendant 1 mois, 1 à 2 par semaine puis le relais sera pris avec des suppositoires effervescents (Eductyl®) pour activer l'exonération quotidiennement si elle ne vient pas spontanément. Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de tachyphylaxie pour ces traitements laxatifs, mais plutôt une érosion de l'efficacité par une moins bonne adhérence au traitement à mesure que les symptômes s'amendent. Cela souligne l'importance d'un suivi psychologique régulier de ces patients qui doit également s'inscrire sur le long terme.

Dans le cas des IA par incompétence sphinctérienne, il faut également vider le colon en début de traitement, mais surtout poursuivre ces vidanges de façon rapprochée car les fuites de selles reviennent dès que le colon se remplit de nouveau. Les laxatifs per os sont à utiliser avec modération car ils ont tendance à aggraver les fuites. Le traitement de ces IA est donc essentiellement basé sur les lavements itératifs ou irrigations transanales (ITA). L'arrivée sur le marché français du dispositif d'ITA Périseen (Coloplast®) couvert par l'ALD a modifié nos pratiques. Les modalités d'utilisation en pédiatrie sont bien détaillées dans la littérature [2].

La chirurgie a une place pour aider au traitement symptomatique de l'IA par regorgement ou par incompétence sphinctérienne, en réalisant une cœcostomie continence de type Malone pour faciliter les irrigations coliques (notamment chez les enfants en fauteuil). Cependant, les indications de cœcostomies continentes ont nettement diminué au profit de la prescription du dispositif d'ITA Périseen.

Dans le cas de certaines anomalies du développement, notamment la maladie de Hirschsprung et la plupart des

malformations anorectales, la chirurgie est le seul traitement curatif.

Une proctectomie peut être discutée dans le cas où existe un méga rectum lorsqu'il ne se résout pas avec un traitement conservateur bien conduit, le plus souvent induit et aggravé par la rétention chronique [3].

La diététique a une place dans toutes les formes d'IA, dans la mesure où la consistance des selles joue un rôle important dans le mécanisme de continence. Il ne s'agit pas de mettre en place un régime « riche en fibres », mais plutôt de recommander une alimentation équilibrée en limitant l'apport en fibres insolubles car elles augmentent le volume des selles (présentes dans les légumes à enveloppe e.g. maïs, petits pois, haricots secs, lentilles, la peau et les pépins des courgettes, poivrons, etc... les fruits à coques e.g. noisettes, noix, amandes, céréales complètes, riz et pâtes complètes).

La rééducation périnéo-sphinctérienne a un intérêt dans le cas de l'IA par regorgement. Elle a peu d'intérêt dans les formes par incompétence sphinctérienne sauf pour éduquer l'entourage aux massages abdominaux.

L'électrostimulation en pédiatrie n'est pas encore utilisée en routine, mais pourrait être, à l'avenir, une alternative intéressante notamment dans les cas associés à un dysfonctionnement sphinctérien vésical [4].

Enfin, il ne faut pas oublier que l'IA est un handicap invisible. Ces enfants doivent être aidés pour faciliter leur insertion scolaire par la rédaction d'un Programme d'Accueil Individualisé (PAI). En fonction de l'étiologie, une prise en charge au titre de l'ALD peut être demandée voire une demande d'AEEH à la MDPH.

#### Références

- [1] Gijsbers C, Benninga M, Schweizer J et al. Validation of the Rome III criteria and alarm symptoms for recurrent pain in children. *J Pediatric Gastroenterol* 2014;58:779-85.
- [2] Mosiello G, Marshall D, Rolle U et al. Consensus review of best practice of transanal irrigation in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;64:343-352.
- [3] Eradi B, Hamrick M, Bischoff A et al. The role of a colon resection in combination with a Malone appendicostomy as part of a bowel management program for the treatment of fecal incontinence. *J Pediatr Surg* 2013;48:2296-300.
- [4] Sulkowski JP, Nacion KM, Deans KJ et al. Sacral nerve stimulation: a promising therapy for fecal and urinary incontinence and constipation in children. *J Pediatr Surg* 2015;50:1644-7.