



RECOMMANDATIONS DE BASE

Constipation

La constipation fonctionnelle est un diagnostic qui inclut l'évacuation douloureuse et difficile, des selles dures ou si grosses qu'elles pourraient bloquer les toilettes, des selles peu fréquentes, comportements de rétention, et/ou encoprésie. Souvent, l'enfant se plaint principalement de douleur abdominale genre colique, ce qui pourrait masquer des diagnostics plus graves tels que l'appendicite, l'invagination, ou l'occlusion intestinale.¹

- » Le syndrome du côlon irritable avec constipation prédominante (SCI-C) est un trouble dont les symptômes sont semblables.
- » La prévalence de la constipation fonctionnelle chez le nourrisson et le jeune enfant est ~20%.² Le SCI est également fréquent, soit 15% des enfants.³

DIAGNOSTIC

Les Critères de Rome IV sont des critères cliniques validés pour diagnostiquer les troubles digestifs fonctionnels tels que la constipation et le SII-C. [L'échelle de Bristol](#) peut aider le jeune patient à décrire la consistance des selles.⁴

CRITÈRES DE ROME IV POUR LA CONSTIPATION FONCTIONNELLE

Nourrissons et enfants de moins de 4 ans

- » Durée d'un mois avec au moins 2 des critères suivants :
 1. 2 selles ou moins/semaine
 2. Antécédents de se retenir excessivement
 3. Antécédents de selles dures ou douloureuses
 4. Antécédents de selles à gros calibre
 5. Fécalome
- » Chez l'enfant « propre », ajouter les critères suivants :
 6. Au moins un épisode par semaine d'incontinence fécale
 7. Antécédents de selles à gros calibre qui pourraient bloquer les toilettes

Enfants et adolescents⁵

- » Durée d'un mois ou plus avec au moins 2 des critères suivants, au moins une fois par semaine, dans l'absence de critères suffisants pour le diagnostic du SCI :
 1. 2 selles ou moins/semaine dans les toilettes pour un enfant d'âge développemental de 4 ans et plus
 2. Au moins un épisode d'incontinence fécale par semaine
 3. Antécédents de posture de rétention ou de rétention excessive et délibérée des selles
 4. Antécédents de selles dures ou douloureuses
 5. Fécalome
 6. Antécédents de selles à gros calibre qui pourraient bloquer les toilettes

SIGNES D'ALERTE

À L'ANAMNÈSE

- » Passage de méconium après 48 h suivant la naissance, constipation précoce et sévère (âge moins d'1 mois), retard de croissance, retard de développement, anorexie, selles en scybales, hématochézie, méléna, vomissements bilieux, et/ou faiblesse motrice.

À L'EXAMEN PHYSIQUE

- » Anomalies du sacrum, déviation du sillon interfessier ou position anormale de l'anus, fistule périanale, absence du réflexe anal ou crémasterien, cicatrices anales, peur extrême lors de l'inspection anale, distension abdominale sévère, diminution de la force/tonus/réflexes des membres inférieurs, fièvre, et/ou glande thyroïde anormale.

INVESTIGATIONS

- » Les investigations de routine ne sont **pas** recommandées sauf sur indication d'anomalies à l'examen physique.⁶
- » Les tests de routine pour déceler la maladie cœliaque et/ou l'hypothyroïdie ne sont **pas** indiqués.⁶
- » **Ne pas** faire de radiographie abdominale. Celle-ci est associée à des erreurs de diagnostic et comporte le risque de radioexposition.⁷

CONSTIPATION FONCTIONNELLE ET INFECTIONS URINAIRES

- » Les infections urinaires et la dysfonction mictionnelle sont associés à la constipation en pédiatrie.⁸
- » Considérer le dépistage de l'infection urinaire chez l'enfant avec constipation et fièvre sans foyer, même en l'absence de symptômes urinaires.⁸



PRISE EN CHARGE

CONSTIPATION AIGÛE AVEC FÉCALOME

Désimpaction : Le polyéthylène glycol (PEG 3350) et les lavements ont tous deux la même efficacité.⁹ Le PEG 3350 est mieux toléré et est le médicament de première intention pour la plupart des médecins, vu son efficacité et l'aspect possiblement traumatisant des lavements à répétition. Pour la constipation sévère, notamment la non réponse à une dose élevée de PEG 3350 +/- un laxatif stimulant (ex. Pico-Salax) et une désimpaction avec lavement à l'urgence sans succès, considérer l'hospitalisation pour lavage intestinal au salin et PEG 3350.

Objectif : Vider complètement le colon en 3-5 jours, avec 1-3 selles molles par jour.

Médicament	Dose pour désimpaction	Durée	Notes
PEG 3350	1-1,5 g/kg/jour, MAX 100 g/jour, PO	3-6 jours	
Pico-Salax®*	Mélanger sachet selon les indications sur l'emballage, et donner ensuite PO, AM et PM x 2 doses : 1-5 ans, ¼ sachet/dose; 6-12 ans, ½ sachet/dose; Plus que 12 ans, 1 sachet/dose	2 doses	Utiliser comme adjuvant au laxatif osmotique (ex. PEG 3350) si aucune selle en 1-2 jours
Lavement salin	6 mL/kg/dose, MAX 500 mL/dose, PR	Répéter x 1 prn aux 12 h	
Lavement Fleet®**	2-4 ans, 33 mL PR (1/2 de Fleet pédiatrique); 5-11 ans, 65 mL PR (1 Fleet pédiatrique); Plus que 11 ans, 130 mL PR (1 Fleet adulte)	Répéter x 1 prn aux 24 h	Éviter chez l'enfant de moins d'1 an; éviter en présence de troubles du métabolisme calcique, maladie rénale chronique, antécédents d'obstruction intestinale

*Pico-Salax® : picosulfate de sodium, oxyde de magnésium et acide citrique ** Fleet® : phosphates de sodium

CONSTIPATION CHRONIQUE SANS IMPACTION (OU APRÈS DÉSIMPACTION)

Entretien : Laxatifs osmotiques préférés parce qu'ils ont moins d'effets indésirables. PEG 3350 est l'option la plus efficace disponible. Les laxatifs stimulants, y compris le picosulfate de sodium, peuvent être ajoutés, mais ne sont pas indiqués pour l'utilisation chronique.⁶

Objectif : 1-3 selles molles par jour.

Médicament	Dose d'entretien	Durée	Notes
PEG 3350	0,2-1 g/kg/jour PO. Dose max. usuelle : 17 g/jour. Doses plus élevées (ex. 17 g BID-TID) peuvent être nécessaires au court terme si l'objectif n'est pas atteint. Ne pas dépasser la dose maximale de désimpaction ci-dessus	Aucune donnée probante pour la durée particulière du traitement. Certains experts suggèrent un minimum de 2 mois. Nombreux enfants ont besoin de 6-12 mois. Il n'y a pas de lignes directrices particulières pour la constipation aigüe (durée des symptômes moins d'un mois)	Augmenter jusqu'à l'obtention de 1-3 selles/jour de Type 4 sur l'Échelle de Bristol

SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE AVEC CONSTIPATION PRÉDOMINANTE (SCI-C)

- » Suspecter le SCI-C si les symptômes sont principalement des douleurs abdominales associées au changement de fréquence ou de consistance des selles.
- » Les selles s'améliorent souvent à l'aide de laxatifs, mais pas nécessairement la douleur (soit, 1-3 selles molles par jour avec persistance de douleur abdominale).
- » Le diagnostic est posé après une thérapie ciblée pour la constipation qui n'enraye pas les symptômes.

Autres considérations pour la prise en charge : Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour l'augmentation de l'apport liquidien, l'augmentation de l'activité physique, les pré- ou probiotiques, la thérapie comportementale, ou le biofeedback.

Les données probantes n'appuient **pas** les suppléments de fibres, ni l'ajout régulier de lavements en plus du PEG 3350.⁷

[Algorithme ESPGHAN/NASPGHAN pour l'évaluation et la prise en charge de la constipation fonctionnelle chez l'enfant](#)

QUAND RÉFÉRER À UN PÉDIATRE OU GASTROENTÉROLOGUE PÉDIATRIQUE

- » Nourrisson d'âge moins de 6 mois qui a besoin de stimulation rectale.
- » Tout signe d'alerte marquant la possibilité de causes non fonctionnelles de la constipation, à l'anamnèse ou à l'examen physique.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et la prise en charge de la constipation fonctionnelle chez l'enfant. Ce sommaire est produit par les conseillers en matière de constipation pour le réseau TREKK, Drs Mohamed Eltorki et Paige Landy de McMaster University, à la demande du réseau TREKK. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

- 1) Loening-Baucke V, Swidsinski A. [Constipation as cause of acute abdominal pain in children](#). *J Pediatr*. 2007;151(6):666-669.
- 2) Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. [The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers](#). *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2014;20(1):1-13.
- 3) Sandhu BK, Paul SP. [Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment](#). *World J Gastroenterol*. 2014;20(20):6013-23.
- 4) Lewis SJ, Heaton KW. [Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time](#). *Scand J Gastroenterol*. 1997;32(9):920-924.
- 5) Hyams et al. [Childhood functional gastrointestinal disorder: Child/adolescent](#). *Gastroenterology*. 2016;150:1456-1468.
- 6) Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, et al. [Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN](#). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258-74.
- 7) Freedman SB, Thull-Freedman J, Manson D, et al. [Pediatric abdominal radiograph use, constipation, and significant misdiagnoses](#). *J Pediatr*. 2014;164(1):83-8.
- 8) Shaikh N, Hoberman A, Keren R, et al. [Recurrent Urinary Tract Infections in Children With Bladder and Bowel Dysfunction](#). *Pediatrics*. 2016;137(1).
- 9) Bekkali NL, van den Berg MM, Dijkgraaf MG, et al. [Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG](#). *Pediatrics*. 2009;124(6):e1108-15.

Traduction française : Danielle Buch, Rédactrice médicale et scientifique. © Aout 2019, TREKK, Version 1.1. Prochaine révision : 2021.

