

La constipation fonctionnelle est un diagnostic qui inclut l'évacuation douloureuse et difficile, des selles dures ou grosses pouvant bloquer les toilettes, des selles peu fréquentes, des comportements de rétention, et/ou de l'encoprésie. Souvent, l'enfant se plaint principalement de douleurs abdominales de type colique, qui pourraient masquer des diagnostics plus graves tels que l'appendicite, l'invagination, ou l'occlusion intestinale.

- » Le syndrome du côlon irritable avec constipation prédominante (SCI-C) est relié et comporte des symptômes semblables;
- » La prévalence de la constipation fonctionnelle chez le nourrisson et le jeune enfant est ~ 20 %; le SCI chez l'enfant, 15 %.

## Diagnostic

Les Critères de Rome IV sont cliniques et validés pour le diagnostic des troubles digestifs fonctionnels (ex. constipation, SCI-C) L'échelle de Bristol peut aider le jeune patient à décrire la consistance de ses selles.<sup>1</sup>

## CRITÈRES DE ROME IV POUR LA CONSTIPATION FONCTIONNELLE

### Nourrissons et jeunes enfants<sup>2</sup>

- » Chez le nourrisson/jeune enfant de moins de 4 ans, au moins 2 des critères suivants pendant 1 mois :
  1. 2 selles ou moins par semaine
  2. Antécédents de rétention excessive des selles
  3. Antécédents de selles dures ou douloureuses
  4. Antécédents de selles à gros calibre
  5. Présence d'un bouchon de selles dans le rectum (fécalome).
- » Chez l'enfant « propre », on peut ajouter les critères suivants :
  6. Au moins un épisode par semaine d'incontinence fécale
  7. Antécédents de selles à gros calibre pouvant bloquer les toilettes.

### Enfants et adolescents<sup>2</sup>

- » Au moins 2 des suivants, survenant au moins une fois par semaine pendant un minimum d'un mois, 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 rétentive ou de rétention excessive et intentionnelle des selles
  4. Antécédents de selles dures ou douloureuses
  5. Fécalome
  6. Antécédents de selles à gros calibre pouvant bloquer les toilettes.

## Signes d'alerte

### À L'ANAMNÈSE

- » Passage de méconium plus de 48 h suivant la naissance, constipation précoce et sévère (âge < 1 mois), retard de croissance, retard de développement, anorexie, selles minces, hématochézie, méléna, vomissements bilieux, et/ou faiblesse motrice.

### À L'EXAMEN PHYSIQUE

- » Anomalies du sacrum, déviation du sillon fessier 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 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.<sup>3</sup>
- » Les tests de routine pour déceler la maladie cœliaque et/ou l'hypothyroïdie ne sont pas indiqués.<sup>3</sup>
- » Ne pas faire de radiographie abdominale. Son utilisation est associée à des erreurs de diagnostic et comporte le risque de radioexposition.<sup>4</sup>

## Constipation fonctionnelle et infection urinaire

- » Les infections urinaires et la dysfonction mictionnelle sont associées à la constipation en pédiatrie.<sup>5</sup>
- » Considérer le dépistage de l'infection urinaire chez l'enfant constipé avec fièvre sans foyer, même en l'absence de symptômes urinaires.<sup>5</sup>

## Prise en charge

### CONSTIPATION AIGÛE AVEC FÉCALOME

**Désimpaction :** Le polyéthylène glycol (PEG 3350) et les lavements ont tous deux la même efficacité.<sup>6</sup> Le PEG 3350 est mieux toléré et utilisé par la plupart des médecins en première intention. Pour le nourrisson d'âge < 12 mois, utiliser la lactulose.

**Ajout d'un stimulant :** Pico-Salax® ou bisacodyl peut être ajouté en complément s'il n'y a pas de selles au bout d'1-2 jours de thérapie PEG 3350 (âge ≥ 1 an). Les suppositoires à la glycérine peuvent être utilisés chez le nourrisson de moins de 12 mois.

**Ajout d'un lavement :** À considérer si la désimpaction par laxatifs PO/PR est sans succès.

**Objectif :** Vider complètement le colon en 3-5 jours, avec 1-3 selles molles (Bristol type 4) par jour.

Médicament	Dosage pour désimpaction	Durée	Notes
PEG 3350	1-1,5 g/kg/jour, MAX 100 g/jour, PO	3-6 jours	Âge ≥ 1 an Diluer dans jus/eau tel qu'indiqué
Lactulose	5-10 mL/jour PO, doubler la dose quotidienne jusqu'à effet; MAX 2 mL/kg/dose BID ou 40 mL/jour	Jusqu'à 7 jours	Nourrissons d'âge < 12 mois
Pico-Salax® (pico-sulfate de sodium, citrate de magnésium)	Mélanger sachet selon indications sur l'emballage : 1-5 ans, ¼ sachet/dose; 6-12 ans, ½ sachet/dose; > 12 ans, 1 sachet/dose. Administrer PO, AM et PM x 2 doses	1-2 doses	Peut occasionner des crampes et vomissements importants
Bisacodyl	Âge 3-10 ans, 5 mg; âge > 10 ans, 5-10 mg; PO/PR QHS	1-2 jours	Comprimé doit être avalé entier; ajouter à compote/confiture (pas aux produits laitiers)
Lavement salin	6 mL/kg/dose, MAX 500 mL/dose, PR	Répéter x 1 prn dans 12 h	
Lavement Fleet® (phosphates de sodium)	Âge 2-4 ans, 33 mL; 5-11 ans, 65 mL; > 11 ans, 130 mL; PR. Fleet® pédiatrique : 65 mL; Fleet® adulte : 130 mL. Fleet® adulte et pédiatrique sont interchangeables	Répéter x 1 prn dans 24 h	Éviter aux âges < 2 ans; éviter en présence de troubles du métabolisme calcique, maladie rénale chronique, antécédents d'obstruction intestinale

## CONSTIPATION CHRONIQUE SANS IMPACTION (OU APRÈS DÉSIMPACTION)

**Entretien :** Laxatifs osmotiques préférés parce que moins d'effets indésirables. PEG 3350 est l'option la plus efficace.

**Objectif :** Maximiser les doses de médicaments pour obtenir 1-3 selles molles par jour (Bristol type 4).

Médicament	Dosage 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) possibles à courte durée afin d'atteindre l'objectif	Aucune donnée probante pour la durée du traitement. Certains experts suggèrent 2 mois au minimum. Nombreux enfants nécessitent 6-12 mois.	
Lactulose*	5-10 mL/jour PO, doubler la dose quotidienne jusqu'à effet; MAX 30 mL/jour		Nourrissons âgés de < 12 mois

\*ATTENTION : Le nourrisson souffre en général de dyschésie plutôt que de constipation chronique, limiter traitement à 7 jours.

## SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE – SOUS-TYPE CONSTIPATION PRÉDOMINANTE (SCI-C)

- » Suspecter le SCI-C si symptômes sont principalement des douleurs abdominales associées au changement de fréquence/consistance des selles.
- » Les selles s'améliorent souvent à l'aide de laxatifs, mais pas nécessairement la douleur (ex. 1-3 selles molles/jour et persistance de douleurs abdominales).
- » Le diagnostic est posé après l'échec d'une thérapie ciblée pour symptômes de constipation.

Autres considérations pour la prise en charge : Il n'y a pas assez d'évidences pour appuyer l'augmentation de l'apport en liquides/fibres, l'activité physique, les pré- ou probiotiques, la thérapie comportementale, ou le biofeedback.

**Pour plus d'information :** [Algorithmes NASPGHAN/ESPGHAN pour l'évaluation et le traitement de la constipation fonctionnelle chez l'enfant.](#)

## Quand référer à un pédiatre ou gastroentérologue pédiatrique

- » Nourrisson de moins de 6 mois qui a besoin de stimulation rectale.
- » Tout signe d'alerte marquant la possibilité d'une étiologie non fonctionnelle, soit à l'anamnèse soit 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 comprend les meilleures connaissances disponibles au moment de la publication. 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 :

- Lewis SJ, Heaton KW. [Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time.](#) *Scand J Gastroenterol.* 1997;32(9):920-924.
- Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. [Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent.](#) *Gastroenterology.* 2016;150:1456-1468.
- 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.
- Freedman SB, Thull-Freedman J, Manson D, et al. [Pediatric abdominal radiograph use, constipation, and significant misdiagnoses.](#) *J Pediatr.* 2014;164(1):83-8.
- Shaikh N, Hoberman A, Keren R, et al. [Recurrent Urinary Tract Infections in Children With Bladder and Bowel Dysfunction.](#) *Pediatrics.* 2016;137(1):e20152982.
- Bekkali NL, van den Berg MM, Dijkstra MG, et al. [Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG.](#) *Pediatrics.* 2009;124(6):e1108-15.



Cette ressource est rendue possible grâce à la  
Children's Hospital Foundation of Manitoba.  
Nous leurs en sommes reconnaissants.

Consultez notre site web [trekk.ca](http://trekk.ca) pour plus d'information.

© NOVEMBRE 2021, TREKK. VERSION 2.0. PROCHAINE RÉVISION : 2023.

TRADUCTION FRANÇAISE : DANIELLE BUCH, RÉDACTRICE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE.