

Clinica de neurologie (cond.: prof. dr. L. Popoviciu, doctor docent) din Tirgu Mureş

STUDII ELECTROCLINICE IN ENCOPREZA

B. Aşgian, Renate Kovács

Prin encopreză se înţelege pierderea repetată şi involuntară a materiilor fecale, la persoane care nu prezintă leziuni ale măduvei sacrate sau ale arcurilor reflexe somatovegetative sacrate. Frecvenţa encoprezei în

Lucrare comunicată la sesiunea filialei Academiei de ştiinţe medicale Tirgu Mureş. Secţia neurologică, 28 martie 1981.

raport cu enurezia nu este atît de mică precum se crede, adică 1 encopretic la 10 enuretici (cum susțin Bösözörményi și Brunecker, 3). În Clinica neurologică din Tîrgu Mureș au fost internați în perioada 1975—1980 un număr de 37 copii care prezentau manifestări encopretice, față de 84 copii cu manifestări enuretice, dar trebuie să specificăm faptul că dintre cei 37 copii encopretici, numai 5 sufereau exclusiv de pierderi involuntare ale scaunului, restul de 32 prezentînd și enurezie.

În marea majoritate a cazurilor encopreza survine în timpul zilei, iar enurezia survine în timpul somnului nocturn, dar chiar și în cazurile în care ambele manifestări survin în aceeași perioadă a zilei, pierderea scaunului nu are loc concomitent cu pierderea urinei, acestea producîndu-se separat, fapt pe care noi îl considerăm de cea mai mare importanță în ceea ce privește fiziopatologia acestor două manifestări. Într-adevăr, enurezia survenind mai ales în timpul somnului nocturn și bolnavul avînd controlul sfincterului vezical în timpul zilei, înseamnă că există o deficiență morfică în funcția centrului cortical al micțiunii, care este *reactiv* în timpul zilei și *areactiv* în timpul nopții, deficitul nocturn de funcție fiind suplinit în timpul zilei de existența stării de veghe, legate de ritmul circadian. În encopreză pierderile involuntare ale scaunului survenind de obicei în timpul zilei, situația este exact inversă față de cea din enurezie, sfincterul anorectal, respectiv centrul cortical al defecației fiind *areactiv* în timpul stării de veghe și *reactiv* în timpul somnului nocturn, fapt foarte dificil de explicat.

Mulți autori cum sînt Hoag și colab. (4), Anthony (1), Pinkerton (6), Ringdahl (7) ș.a. consideră encopreza ca o manifestare psihogenă. Michaux și Duché (5) o apreciază ca un „protest activ în urma unui eveniment afectiv penibil“. După Bellman (2) encopreza este adeseori „un act de răzbunare împotriva unor părinți care creează copilului un cadru familial nefavorabil“. Noi dorim să scoatem în evidență faptul — pe care îl considerăm tot foarte important — că la cei 37 copii encopretici au fost puse în evidență semne neurologice obiective la 22 pacienți (semne piramidale, semne extrapiramidale și sau semne cerebeloase). De asemenea, dintre cei 37 copii encopretici, un număr de 14 prezentau deficite intelectuale în grad de debilitate mentală mai mult sau mai puțin accentuată, iar la alți 7 copii s-au constatat tulburări de comportament. Prezența acestor semne neurologice și psihiatrice era justificată de antecedentele personale patologice încărcate — natale și postnatale — ale pacienților, datorită cărora au fost constituite leziuni organice cerebrale care reprezintă, după părerea noastră, factorul determinant al manifestărilor encopretice. Leziunile organice amintite justifică și aspectele EEG ale acestor pacienți, dintre cei 37 bolnavi encopretici înregistrîndu-se traseu EEG normal numai la un singur pacient, ceilalți 36 prezentînd:

disritmii lente difuze, simetrice	13 bolnavi
disritmii lente, cu asimetrie emisferică	10 bolnavi
disritmii iritative difuze	9 bolnavi și
disritmii iritative asimetrice	4 bolnavi.

La toate cazurile s-a pus în evidență o mare sensibilitate la hiperpnee. În orice caz, modificările bioelectrice puse în evidență la majoritatea bol-

navilor encopretici sint de tip lezional, ceea ce confirmă părerea noastră asupra organicității etiopatogenice a acestei afecțiuni.

Noi nu negăm faptul că pierderile de scaun ar apare mai des în condițiile unor familii dezorganizate, ca expresie a unor reacții psihoreactive, ca mijloace de a atrage atenția sau chiar ca și acte de răzbunare a copiilor; sintem însă de părere că nici un om cu psihic normal, chiar copil fiind, nu defecă pe sine, indiferent de condițiile în care trăiește, decît dacă există un fond psihopatologic pe care să gerneze ideea *mai mult sau mai puțin conștientă* a unei asemenea reacții. În acest sens, encopreza ar putea fi interpretată ca o tulburare de comportament, ori se știe că asemenea tulburări au de cele mai multe ori un determinism organic, legat fie de leziuni cerebrale traumatice, toxice sau infecțioase pre- intra- sau postnatale, fie de perturbări metabolice la nivel celular soldate cu un profil psihologic particular, fie de constelații genetice, care imprimă personalității individuale caracteristici reactive morbide.

În concluzie, fără a contesta rolul factorului psihogen, noi credem că apariția unei encopreze primare sau secundare (mai ales), presupune existența unei leziuni organice traumatice, anoxice, toxice, infecțioase, metabolice sau genetice compensate, factorul subiectiv avînd doar rolul de a bulversa echilibrul preexistent.

Bibliografie

1. Anthony E. J.: Brit. J. Med. Psychol. (1957), 30, 146; 2. Bellman M.: Acta Paediat. Scand. (1966), suppl. 170, 1; 3. Böszörményi Z., Brunecker G.: A gyermekkor és az ifjúkor pszichiatriája. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1979; 4. Hoag J. M., Norris N. O., Himeno E. T.: J. Amer. Acad. Child. Psych. (1971), 10, 242; 5. Michaux L., Duché D.: Troubles de l'affectivité. Encopresie. In: Michaux L. (Ed.): Psychiatrie infantile. Presse Univ., Paris, 1967, 215; 6. Pinkerton P. C.: Arch. Dis. Child. (1958), 33, 371; 7. Ringdahl I. C.: Psychosomatics (1980), 21, 65.

Sosit la redacție: 30 martie 1981.

B. Așgian, Renate Kovács

ELECTROCLINICAL STUDIES ON ENCOPRESIS

The authors examined 37 encopretic children hospitalized at the Clinic of Neurology, Tg. Mureș, Romania, between 1975—1980. It has been found that isolated encopresis rather seldom occurs, as it is usually associated with other non-convulsive paroxysmal manifestations, mainly with enuresis, but enuresis and encopresis do not occur simultaneously, the losses of stool happen during the day, whereas those of urine in the night. It has been pointed out that these patients have a very much affected history and very often they present objective neurological signs or the EEG curves, especially in hypernoea they are almost always of a lesional type. The authors think that encopresis in most cases is the expression of a cerebral organic lesion, the psychogenic causes being merely favouring or eliciting factors of the disease, and by no means are they its effective cause.