

Clinica de Neuropsihiatrie Infantilă (cond.: conf. dr. B. Așgian, doctor în științe medicale) și Clinica de Radiologie (cond.: conf. dr. Gr. Stanciu, doctor în științe medicale) din Tîrgu-Mureș

## ENCOPREZA FUNCȚIONALĂ PRIN MEGADOLICOCOLON\*

*B. Așgian, D. Tuțuianu*

În lucrări anterioare am arătat că prin encopreză se înțeleg pierderi repetate și involuntare ale materiilor fecale, la persoane fără leziuni medulare sau ale arcurilor reflexe somatovegetative sacrate.

Literatura medicală este foarte săracă în ceea ce privește encopreza, de aceea apreciem că cercetările întreprinse în această direcție aduc contribuții însemnate la cunoașterea, și consecutiv la remedierea acestei manifestări clinice atât de supărătoare pentru bolnav, familie și anturaj.

---

\* Lucrare comunicată la Sesiunea centrului de cercetări Tg.-Mureș al Academiei de Științe Medicale, 23 aprilie 1988

Encopreza constituie o manifestare paroxistică diurnă care survine destul de frecvent; astfel, în clinica de Neuropsihiatrie Infantilă din Tg.-Mureș, au fost internați în ultimii 3 ani un număr de 87 copii între 4 și 16 ani, 66 băieți și 21 fete, care prezentau pierderi involuntare ale scaunului, aceștia însumând 2,9% din numărul total al internărilor, cifră situată între procentajul de 1,5% stabilit de *Bellman* (1966) și cel de 3,3% stabilit de *Ringdahl* (1980).

În ceea ce privește patogenia encoprezei unii autori apreciază și astăzi că această perturbare este în marea majoritate a cazurilor de origine psihoreactivă. Astfel, *Michaux* și *Duché* (1967) susțin că apariția encoprezei la un copil traduce „un protest activ și semiconștient, în urma unui eveniment afectiv penibil”; *Böszörményi* și *Brunecker* (1979), consideră că encopreza este expresia unei afecțiuni psihogene, constituind răsunetul asupra copilului a unei „nevroze familiale”; după *Ajuriaguerra* (1980) rolul determinant în apariția encoprezei îl joacă perturbările relației mamă-copil.

Ca și în lucrările noastre anterioare (1981, 1982, 1984) noi nu negăm rolul factorului psihoreactiv, nu negăm nici afirmațiile unor psihiatri că encopreza ar constitui „un act de răzbunare a copilului contrariat, față de părinți”; sintem însă de părere că nici un om normal, chiar copil fiind, nu defectă pe sine spre a se răzbuna, decît dacă are un fond psihic care să favorizeze incolțirea unor asemenea idei și reacții. În acest sens, testele psihologice efectuate bolnavilor noștri au stabilit că din 87 copii, un număr de 49 (adică 56%) prezentau tulburări de comportament sau deficiențe intelectuale mai mult sau mai puțin accentuate. De asemenea, examenul neurologic efectuat celor 87 copii a pus în evidență adeseori, diverse simptome oculomotorii, piramidale, extrapiramidale sau corticale, marcînd existența unor microsechele cerebrale instalate de cele mai multe ori perinatal; aceste leziuni cerebrale microsechelare justifică de altfel și marea frecvență a anomaliilor de pe traseele EEG, de cele mai multe ori sub formă de disritmii lente difuze, adesea cu manifestări focale de tip lezional stabilizat, precum și asocierea deseori întîlnită a encoprezei cu alte manifestări paroxistice neepileptice ca enurezia, bruxismul, somnilochia, pavorul și automatismele ambulatorii nocturne. Toate acestea ne-au făcut și ne fac să credem că encopreza are în marea majoritate a cazurilor, un determinism organic, factorul psihoreactiv neavînd decît un rol favorizant sau declanșator. Mai menționăm că în marea majoritate a cazurilor examinate de noi, reflexele anale erau normale.

Pornind de la ideea că tulburările de tranzit colic și de defecație pot fi datorate și unor perturbări morfofuncționale congenitale sau dobîndite ale colonului, sigmei și/sau ale rectului, noi am efectuat examen irigoscopic la 82 din cei 87 copii internați în clinică. Spre marea noastră surpriză, un aspect colic normal s-a constatat numai la 4 copii encopretici, 78 dintre ei (adică 95%) prezentînd diverse aspecte de megadolicocolon, megadolicosigmoid sau megarect, aspect care explică și constipația cronică întîlnită aproape la toți acești copii.

Astfel, fetița D.N., 10 ani, prezenta de la vîrsta de 6 ani pierderi diurne, involuntare de scaun, asociate cu constipație cronică și enurezie

nocturnă primară. La irigoscopie s-a constatat existența unui megadolicosigmoid (fig. nr. 1).

2. B.S., băiat de 7 ani, prezenta o encopreză primară, asociată cu enurezie nocturnă și crize epileptice. La irigoscopie s-a pus în evidență existența unui megadolicocolon descendent asociat cu lărgirea ampulei rectale (fig. nr. 2).

3. S.C., băiat de 8 ani, suferea de encopreză diurnă și enurezie nocturnă primară, și constipație cronică. La irigoscopie s-a constatat un megadolicocolon descendent (fig. nr. 3).

4. C.S., băiat de 9 ani, prezenta o encopreză secundară, asociată cu enurezie nocturnă primară. Irigoscopia a stabilit existența unui dolicosigmoid asociat cu megarect (fig. nr. 4).

5. V.S., băiat de 5 ani, s-a internat pentru o encopreză primară. Irigoscopia a relevat existența de megacolon, megasigmoid și megarect (fig. 5).

În condițiile acestor modificări de lungime și de volum ale colonului, considerăm că pierderile involuntare ale scaunului se datoresc acumulării materiilor fecale în segmentele intestinale mărite de volum și creșterii presiunii acestor materii asupra sfincterului anal intern (neted): în fața acestei presiuni sfincterul nu mai poate constitui o stavilă și se destinde, permițând eliminarea unei cantități de scaun, fapt ce se petrece mai ales atunci când copilul este absorbit de joacă. Pierderea scaunului produce scăderea presiunii rectale și reînchiderea sfincterului. Fenomenul se poate repeta de mai multe ori pe zi. Considerăm deci că, în condiții de megadolicocolon congenital sau dobândit, se pot produce encopreze primare sau secundare, prin perturbări, funcționale ale sfincterului anal: asemenea modificări de volum ale colonului au fost întâlnite de noi într-un procent foarte mare (95%) al cazurilor de encopreză internate în clinică, fapt remarcat și de *Sreenivasan și Manocha* (1979).

Nu putem însă face abstracție de faptul că la marea majoritate a bolnavilor encopretici, alături de pierderea involuntară a scaunului, am depistat și simptome obiective neurologice, psihiatrice și electroencefalografice, care sugerează existența unei encefalopatii microschelare de origine cel mai adesea perinatală. Condițiile actuale ale cunoștințelor noastre nu ne permit corelarea suferinței cerebrale și a consecințelor ei, cu modificarea morfofuncțională a colonului. Ceea ce putem afirma este faptul că existența suferinței cerebrale împieteză asupra funcționării normale a centrului cortical, conștient, al defecației, ceea ce face ca materiile fecale care înving prin presiune mărită rezistența sfincterului anal intern (neted), să nu întîmpine nici bariera sfincterului extern (striat), și să capaciteze astfel eliminarea encopretică a scaunului.

În concluzie, encopreza apare ca o manifestare clinică cu determinism de cele mai multe ori organic, la patogenia căreia concură cel puțin doi factori, pe de o parte o modificare morfofuncțională a intestinului gros sub forma diferitelor aspecte de megadolicocolon și o perturbare a centrului cortical, conștient, al defecației, în cadrul unei encefalopatii microschelare, cel mai adesea de origine perinatală.



*Fig. 1.*



*Fig. 2.*



*Fig. 3.*



*Fig. 4.*



*Fig. 5.*

## Bibliografie

1. *Ajuriaguerra J. de*: Psychiatrie de l'enfant. Edit. Masson, Paris, 1980, 316.
2. *Aşgian B.*: The encopretic Petit-Mal. *Rev. med. (Tg.-Mureş)*, (1981). 27, 124.
3. *Aşgian B., Renata Kovacs*: *Encopreza*. In L. Popoviciu, I. Häulică (red.): *Patologia sistemului nervos vegetativ* Ed. Medicală, 1982, 5121.
4. *Aşgian B., Corfaru O.*: Epilepsia și convulsiile la copil. Ed. Medicală. București, 1984.
5. *Bellman M.*: *Acta paediat. scand.*, 1966, suppl. 170, 1.
6. *Böszörményi Z., Brunecker G.*: A gyermekkor és az ifjúkor pszichiátriája. Med. Könyvkiadó. Budapest, 1979.
7. *Michaux L., Duché D.*: *Troubles de l'affectivité. Encopresie*. In L. Michaux (Ed.): *Psychiatrie Infantile*. Presse Univ., Paris, 1967, 215.
8. *Ringdahl I.C.*: *Psychosomatics*, 1980, 21, 65.
9. *Sreenivasan V., Manocha S.N.*: *Int. L.J. Psychiatry in Medicine*, 1979, 9, 239.

*B. Aşgian, D. Tuşianu*

### FUNCTIONAL ENCOPIRESIS BY MEGADOLICHOCOLON

The authors have examined clinically, psychologically, by EEG and radiologically 87 children admitted at the Clinic of Infantile Neuropsychiatry for involuntary loss of stool. Irigoscopy made in 82 of these children revealed various aspects of megadolichocolon in 95% of cases. They consider that in these cases encopresis is due to the increased pressure of faecal materials crowded in the colon enlarged in volume, which overcomes the resistance of the internal anal sphincter. To this colic factor a cerebral factor is added, too, consisting of the insufficiency of conscious cortical centre of defecation deficiency most often brought about by perinatal microsequential encephalopathy, which does not sufficiently check the external anal sphincter any longer.

---