

# Constipation, encoprésie, rectorragies



## Points clés

La constipation est un symptôme fréquent, le plus souvent bénin et facile à résoudre.

Il est important néanmoins :

- de ne pas méconnaître une maladie organique, notamment chez le nourrisson ;
- d'en assurer le traitement par des moyens simples et non traumatisants.

## Constipation

### Définition

La définition de la constipation est difficile ; on peut dire qu'une constipation est faite de selles rares, dures et difficiles à émettre, très volumineuses ou minuscules (billes).

La fréquence des selles diminue avec l'âge, car le temps de transit s'allonge : un nourrisson a au moins une selle par jour, non dure ; chez un grand enfant, on parle de constipation s'il y a moins de trois selles par semaine ou si la selle émise quotidiennement est de très petit volume. On retrouve le plus souvent la notion d'une rétention, volontaire ou non.



## Attention aux pièges

- Chez le nourrisson, la constipation est le motif de consultation.
- Chez le grand enfant, la constipation peut passer inaperçue et ce sont souvent les complications qui sont révélatrices ; l'interrogatoire doit rechercher l'existence de faux besoins, de toutes petites selles quotidiennes, ou leur rareté.



### Attention aux erreurs

- Fausse constipation de l'enfant au sein : une, voire deux selles par semaine, parfois moins.
- Fausse diarrhée sur constipation avec fécalome rectal : alternance de rétentions et de débâcles de selles liquides peu abondantes nauséabondes avec parfois souillure des sous-vêtements.
- Faux diagnostic de constipation en cas de dyschésie.

Les complications d'une constipation sont bénignes, mais aggravent la rétention de matière. Il faut donc les rechercher et les prévenir. Elles peuvent être révélatrices :

- douleurs abdominales (réflexe gastrocolique) dont la constipation est une des plus grandes causes ;
- infections urinaires basses (rétention vésicale) ;
- fissure anale, anite : les douleurs à la défécation créent un cercle vicieux ;
- mégacôlon secondaire (adulte) à cause de la pérennisation des symptômes ;
- encoprésie liée à la présence d'un fécalome rectal.

## Constipation chez le nourrisson

Dès les premiers mois, voire les premières semaines, le médecin peut être consulté pour ce « simple » motif (3 % des consultations en pédiatrie, 25 % chez les gastro-pédiatres). Devant ce symptôme, une arrière-pensée et une seule : s'agit-il d'un phénomène banal, ou est-ce la traduction d'une maladie organique ? L'interrogatoire et l'examen clinique permettent en règle de résoudre facilement ce problème.

### Causes organiques

#### Maladie de Hirschsprung

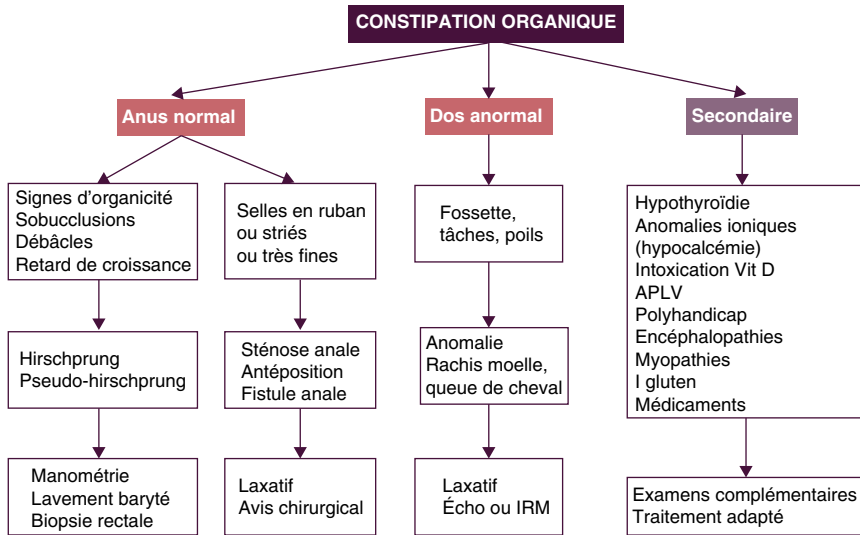
Cette maladie intéresse surtout le garçon (4 pour 1 fille) et est liée à l'absence des cellules ganglionnaires des plexus nerveux autonomes sous-muqueux et intramusculaires dans la paroi intestinale, principalement dans la région rectosigmoïdienne, mais parfois plus étendue. Sa prévalence est de 1 pour 5000 naissances.

Elle peut réaliser un véritable tableau d'*occlusion basse néonatale*. La constipation débute tôt ; on a même parfois la notion d'un retard à l'évacuation du méconium. Elle existe souvent même si l'enfant est nourri au sein ; sinon, elle apparaît au sevrage.

Elle est tenace, associée à une distension abdominale permanente ou intermittente, entrecoupée d'épisodes de débâcle diarrhéique, et s'accompagne d'une mauvaise croissance staturopondérale.

Le diagnostic repose sur l'examen radiographique sans préparation de l'abdomen, en période de distension, montrant la dilatation gazeuse intestinale, en s'aidant d'un cliché tête en bas permettant de repérer la hauteur de l'aganglionie en même temps que l'absence de gaz rectal. Cette radiographie doit être effectuée avant l'épreuve de la sonde qui, introduite par l'anus jusqu'à la charnière rectosigmoïdienne, entraîne une débâcle de gaz et de selles amenant une amélioration immédiate de l'état clinique.

La confirmation est apportée par le *lavement baryté*, aux hydrosolubles.



**Figure 7.1.** Constipation organique.

La *manométrie anorectale* montre l'absence de réflexe recto-anal inhibiteur, et surtout la biopsie rectale montre l'aganglionie spécifique.

Le traitement ne peut être que chirurgical, précédé d'un *nursing* rigoureux en milieu hospitalier.

### Autres causes digestives

■ *Syndrome de pseudo-obstruction intestinale chronique* : très rare, il est lié à une anomalie de motricité du tube digestif chronique d'origine myogène ou neurogène. En période néonatale, il se révèle par un ballonnement, des épisodes occlusifs ou subocclusifs répétés qui conduisent à une dénutrition importante. Il nécessite une prise en charge spécialisée.

■ *Malformations anopérinéales* : les antépositions anales nécessitent un traitement médical, alors que l'imperforation anale (pas de plis radiés) avec fistule impose la chirurgie. Les sténoses anales provoquent des selles enrubannées.

### Constipations secondaires ou organiques

La constipation est rarement au premier plan. Il peut s'agir (figure 7.1) :

- de myopathies, de neuropathies plus ou moins sévères ;
- de diabète insipide, d'hypokaliémie, d'hypercalcémie ;
- d'erreurs diététiques ;
- d'une tumeur médullaire sous-jacente : toujours vérifier le dos et la région sacrococcygienne (fossette, touffe de poils, angiome plan, déviations des plis interfessiers) ;
- d'une allergie aux protéines du lait de vache (APLV) ;
- de maladie coeliaque, de mucoviscidose par iléus stercoral ;

- de traitements ralentisseurs du transit : codéine, épaississant, sédatifs, etc. ;
- d'hypothyroïdie :
  - dans l'hypothyroïdie, la constipation s'intègre en général dans un tableau clinique plus complet où le nourrisson a des traits grossiers, est apathique, hypotonique, a un cri rare et rauque ;
  - les difficultés alimentaires avec des troubles de la succion et de la déglutition liés à une macroglossie sont quasi constantes, de même que le ballonnement abdominal, la tendance à l'hypothermie et à la bradycardie ;
  - le traitement de cette hypothyroïdie doit être rapidement entrepris afin de limiter au mieux le ralentissement statural et surtout psycho-intellectuel de cette endocrinopathie. Heureusement, le dépistage systématique à la 72<sup>e</sup> heure de vie (test de Guthrie) permet de déceler les hypothyroïdies, mais uniquement celles périphériques.

### *Causes organiques*

Penser aux causes organiques (< 5 % des cas) devant les éléments suivants :

- début très précoce (< 1 mois) ;
- retard d'élimination > 48 heures ;
- histoire familiale de maladie de Hirschsprung ;
- rectorragies sans fissures ;
- selles en ruban ;
- anomalie anale (fistule, sténose, antéposition : anus-organes génitaux > 12 mm < 3 mois) ;
- vomissements bilieux ;
- débâcles lors de manœuvres endo-anales ;
- distension abdominale ;
- anomalies de l'examen neurologique des membres inférieurs, du tonus, des réflexes ;
- touffe de poil en regard du rachis, sillon interfessier dévié, fossette sacrococygienne ;
- mauvaise croissance ;
- fièvre ;
- eczéma et/ou antécédents d'APLV ;
- cicatrices anales et/ou extrême crainte à l'examen du périnée ;
- anomalies thyroïdiennes ou signes d'hypothyroïdie.

### Constipation banale, fonctionnelle

Le plus souvent, heureusement, la constipation est banale, avec un tableau beaucoup plus pauvre. L'enfant a parfois une ou deux selles par jour, voire moins, mais elles sont dures, douloureuses à l'émission. L'abdomen est souple, non ballonné. L'état général est parfait. Il faut être très rassurant, rechercher certaines erreurs de régime (mauvaise reconstitution des biberons, apport hydrique insuffisant) et éliminer la fausse constipation au lait de mère. Ce type de constipation est très fréquent lors du sevrage. On parle parfois de « tendance à la constipation » chez un nourrisson qui a des selles rares

et dures depuis la naissance dans une famille de « constipés », le risque étant qu'avec le temps il ne se retienne volontairement et que cela s'aggrave.

Chez le nourrisson, on corrigera donc les erreurs diététiques et on recherchera toujours les lésions de la marge anale (mycoses, fissures), les lésions traumatiques qu'ont pu engendrer des manœuvres de défécation intempestive ou des ulcérations thermométriques.

Il faut éviter les eaux fortement minéralisées pour la préparation des biberons type Hepar®, déconseillées à cet âge ou à court terme et ponctuellement. Proposer un lait riche en protéines solubles, sucré au lactose ou « acidifié ». On peut prescrire avant 6 mois du lactulose (Duphalac®) ou lactitol (Importal®) et après 6 mois du polyéthylène glycol ou PEG (Forlax®, Transipeg®, Movicol®), beaucoup plus efficace, de préférence aux lubrifiants, et rajouter au régime des fibres (légumes verts, jus de fruits, pain et biscuits), si ce n'est déjà fait.

Ces mesures, qui peuvent être prolongées, répétées car non dangereuses, permettent de résoudre simplement cette difficulté avant que ne s'installe une rétention. La constipation (ou les épisodes de constipation) cède d'elle-même au fur et à mesure que l'alimentation devient plus diversifiée.

## Constipation chez l'enfant plus grand

Là aussi, la maladie de Hirschsprung et l'hypothyroïdie peuvent être reconnues ; beaucoup plus rarement, une APLV non IgE-médiée.

Mais habituellement, la constipation a une allure plus banale, fonctionnelle. C'est un enfant bien-portant mais constipé. Il va à la selle tous les 2 ou 3 jours, il se plaint de douleurs à la défécation. Cette constipation est parfois *très ancienne* (« Il a toujours été constipé », dit le parent). À cet égard, une obsession parentale avec attitude coercitive pour obtenir la propreté de l'enfant peut induire une constipation, de même que le désir inopportun de le faire aller régulièrement à la selle.

La constipation peut être *plus récente*, installée inopinément à l'occasion d'un changement dans la vie de l'enfant. Par exemple, l'entrée à l'école est souvent responsable du début d'une constipation. Il ne s'agit pas alors d'un problème psychologique, mais plus simplement d'un enfant qui n'ose pas demander lorsqu'il a envie d'aller à la selle et qui se retient... De même, les moqueries lors de souillures intermittentes (oubli chez un enfant qui joue) peuvent engendrer une constipation réactionnelle qui peut vite devenir involontaire. Dans la genèse de ce phénomène peuvent intervenir aussi des phénomènes inflammatoires locaux qui entretiennent un obstacle à la défécation : l'enfant se retient de peur d'avoir mal (cercle vicieux).

La constipation fonctionnelle de l'enfant est aussi un trouble gastro-intestinal fonctionnel (TGIF) répondant aux critères de ROME IV (voir « [Pleurs excessifs du nourrisson...](#) » au [chapitre 4](#)) inapplicables chez le petit nourrisson :

■ depuis au moins 1 mois, deux des symptômes suivants chez un enfant de moins de 4 ans :

- deux ou moins de deux défécations par semaine ;
- antécédent de rétention excessive des selles ;

- antécédent de douleur ou de défécation difficile ;
- antécédent de selles très volumineuses ;
- présence d'une large masse fécale dans le rectum.
- et après l'acquisition de la propreté :
  - au moins un épisode par semaine d'incontinence ;
  - antécédent de selles très volumineuses ayant obstrué les toilettes.

L'*examen clinique* est simple. Outre l'interrogatoire sur les éventuels facteurs émotionnels déclenchants et les habitudes alimentaires, l'examen de l'abdomen vérifie l'absence de fécalome palpable (qui demanderait à être évacué), et l'examen de la région anale recherche une inflammation locale, voire une éventuelle fissure.

La *radiographie de l'abdomen sans préparation* n'est pas recommandée, mais peut être utile devant des parents incrédules en montrant la stase stercorale.

## Traitement

Le diagnostic de constipation fonctionnelle est en règle posé dès la première consultation sans examens complémentaires. Il faut alors :

- dédramatiser, démystifier, expliquer les symptômes ;
  - évacuer le côlon ;
  - prescrire un traitement de fond ;
  - mettre en place une rééducation de la propreté ;
  - obtenir un changement de mode de vie, avec une alimentation équilibrée et de l'activité physique ;
  - réévaluer régulièrement toutes les 4 à 8 semaines, car les rechutes sont fréquentes, le plus souvent liées à un traitement trop faible, trop court ou mal suivi.
- Seul l'échec d'un traitement bien conduit nécessite une prise en charge spécialisée.

## Diététique et conseils comportementaux

S'il est peut-être bon de supprimer de l'alimentation des aliments réputés constipants (riz, carottes, sucreries, chocolat), sans cependant en exagérer l'importance, il faut :

- prendre au moins une fois par jour des légumes verts à fibres courtes, de préférence mixés (haricots verts, courgettes, épinards) ;
- proposer des jus de fruits, des pruneaux, des compotes, des céréales type All-Bran® ou du pain complet, plutôt que le pain de son qui peut être irritant ;
- boire beaucoup d'eau et éviter les graisses cuites ;
- diminuer les sucres consommés aux dépens des fibres, éviter les boissons sucrées.

À ce traitement diététique, il faut ajouter quelques conseils comportementaux :

- conseiller à l'enfant de ne pas se retenir lorsqu'il ressent le besoin d'aller à la selle, en particulier lorsqu'il joue ou regarde la télévision ;
- lui apprendre à penser à aller aux toilettes, par exemple avant de partir le matin ou en rentrant de l'école ;
- lui conseiller de prendre son temps aux toilettes, d'exonérer avec appui et l'encourager surtout à pratiquer une activité physique, ce qui facilitera son transit.

Mais tout ceci n'est efficace qu'en l'absence de rétention.

## Traitements médicamenteux

Il faut traiter d'autant plus fort et longtemps que la constipation est ancienne.

### Évacuation d'un fécalome

S'il existe un fécalome, facteur de rétention, il faut l'évacuer par :

- des petits lavements : deux à trois par jour (Normacol®, Microlax®), parfois en milieu hospitalier s'ils s'avèrent inefficaces en ambulatoire ;
- ou, mieux, par voie orale avec un dérivé du polyéthylène glycol per os comme le Movicol®, qui a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) chez les enfants de plus de 2 ans, jusqu'à l'évacuation des selles et pour une durée maximale de 7 jours : 1 sachet matin et soir de 2 à 3 ans, 3 à 4 sachets en rentrant d'école de 4 à 8 ans, 3 à 4 sachets adultes en rentrant d'école chez les plus de 15 ans ;
- ou Klean-prep® après 3 ans (préparation pour coloscopie à adapter au poids).

### Laxatifs

Les laxatifs représentent le traitement de fond de toute constipation. Ils doivent être prolongés 1 mois, 3 mois, voire 6 à 12 mois selon la sévérité de la constipation et leur efficacité, le but du traitement étant d'obtenir des selles de consistance molle tous les jours. Il peut être nécessaire de donner de fortes doses, d'associer les laxatifs lubrifiants et osmotiques, ou de les utiliser en alternance.

On distingue :

- les *laxatifs lubrifiants* à base d'huile de paraffine, comme le Lansoïl® :
  - ils sont utilisables à tout âge ;
  - leur délai d'action est de 24 à 48 heures ;
  - ils peuvent provoquer un suintement anal (diminuer la posologie) et des fausses routes (à ne pas prescrire donc s'il existe un reflux gastro-œsophagien), entraîner des carences en vitamines liposolubles en cas de traitement prolongé ;
  - il faut de préférence les prendre à distance des repas.
- les *laxatifs osmotiques*, à base de polyéthylène glycol (Forlax®, Transipeg®, Movicol® enfant), sont employés de préférence aux laxatifs osmotiques sucrés (lactitol, lactulose) :
  - ils peuvent être prescrits à tout âge (AMM Forlax® enfant dès 6 mois) ;
  - la posologie (1 à 4 sachets) est adaptée à l'aspect des selles et la facilité de les émettre ;
  - si l'enfant est scolarisé, les donner en 1 prise lorsqu'il rentre de l'école.

### Autres

On peut parfois, avec prudence et temporairement, provoquer la selle par suppositoire d'Eductyl® si, en cours de traitement, une rétention réapparaissait.

Il ne faut jamais négliger le traitement d'éventuelles lésions anales, toujours utile, avec des topiques locaux (Titanoréine®, Proctolog®), des pâtes à l'eau, ainsi que celui d'une oxyurose, même en l'absence de signes cliniques.

Ce traitement doit être réévalué au bout de 6 à 8 semaines ; s'il est inefficace, il faut vérifier l'observance de ce traitement et au besoin le renforcer. Devant un réel échec, un

avis spécialisé s'impose pour revoir le diagnostic, voire demander des examens adaptés à l'âge (radiographie d'abdomen sans préparation, manométrie anorectale, temps de transit, etc.).

Enfin, il faut aménager le mode de vie afin d'éviter que ce petit problème ne prenne auprès de parents rigides une importance hors de proportion avec sa gravité. S'il est souhaitable que l'enfant aille à la selle régulièrement, le « Va aux toilettes » péremptoire n'est certainement pas la bonne solution. Il faut prendre le temps d'aller à la selle une fois par jour, éviter la rétention à l'école. Ainsi comprise, la constipation banale de l'enfant se résout souvent rapidement. Les rechutes fréquentes sont à traiter de la même façon. Les prises en charge psychologiques devraient être exceptionnelles.

### *Traitement de la constipation banale*

- **Diététique :**
  - diminuer les aliments réputés constipants : riz, chocolat, carottes ;
  - conseiller les légumes verts, les jus de fruits ;
  - attention : ne pas créer d'obsession des aliments défendus.
- **Médicaments :**
  - évacuation rectale et colique, puis laxatifs (longtemps en cas de constipation ancienne) ;
  - traitement des lésions locales.
- **Conseils :**
  - éviter que ce problème ne prenne une importance hors de proportion avec sa bénignité ;
  - prévenir que les rechutes sont fréquentes et à traiter de la même façon.

## **Encoprésie**

L'encoprésie est définie comme une « émission volontaire ou involontaire répétée de selles normales dans un endroit inapproprié, après 4 ans, sans cause organique ». Bien entendu, on ne parle d'encoprésie qu'à l'occasion d'accidents répétés : l'enfant qui, occasionnellement, par insouciance, par négligence ou à l'occasion d'une diarrhée, « fait dans sa culotte » n'est pas un encoprétique.

L'encoprésie est souvent considérée comme la conséquence d'une perturbation affective, et plus particulièrement d'un trouble de la relation parent-enfant. S'il est vrai que l'encoprésie s'accompagne parfois de perturbations psychologiques, s'il est vrai que certaines encoprésies sévères et rebelles relèvent d'un trouble psychologique profond, il ne faut surtout pas oublier certains faits d'expérience pédiatrique courante.

Les phénomènes locaux sont importants : l'encoprésique est un constipé dont l'ampoule rectale est en état de constante réplétion, alors que, chez le sujet normal, la réplétion rectale n'existe qu'au moment de la défécation prochaine. L'enfant, souvent lors de l'apprentissage de la propreté, par manque de temps ou par réticence d'exonérer dans un endroit inhabituel (école par exemple), se retient. Progressivement se crée une impaction du rectum, de plus en plus distendu par un fécalome, et ainsi une incontinence

par trop-plein et perte du réflexe sphinctérien. Voir dans cette constipation l'un des éléments d'une perturbation psychologique est tout à fait abusif. La constipation à elle seule peut créer l'encoprésie ; or, la constipation, on l'a vu, est sous-tendue par des phénomènes fonctionnels, voire organiques.

Que l'enfant encoprésique soit « mal dans sa peau », c'est indéniable. Non pas tellement parce qu'il souffre réellement de son état – il le supporte en général bien, et cherche parfois même à en tirer profit comme un enjeu de pouvoir –, mais parce que l'un ou les deux parents tolèrent mal cette situation. Les troubles de la relation affective peuvent fort bien être interprétés comme secondaires et non primitifs à l'encoprésie.

C'est en tout cas avec cette conception de l'encoprésie que le praticien doit aborder ce problème et essayer de le résoudre, toujours en traitant la constipation sous-jacente.

## Examen clinique

L'examen de l'enfant encoprésique comprend, outre l'entretien avec la famille et l'enfant, un examen de la région anale, la recherche du fécalome rectal (en prenant la température rectale), la palpation de l'abdomen, laquelle met souvent en évidence des fécalomes sous forme de masses dures roulant sous les doigts. Une radiographie de l'abdomen sans préparation peut compléter l'examen, permettant de localiser les fécalomes.

## Traitement

Le traitement comporte comme premier temps une évacuation des fécalomes par lavements. Une radiographie de l'abdomen peut être utile pour vérifier que tout a bien été évacué.

Le traitement de la constipation tel qu'il est décrit plus haut en est le deuxième temps. C'est un traitement patient, attentif, veillant à ce que les fécalomes ne se reproduisent pas. L'enfant et ses parents doivent être revus régulièrement et à intervalles rapprochés. Que ces entretiens répétés, ces conseils, cette prise en charge aient valeur de psychothérapie, sans doute. Mais le praticien qui connaît une famille n'est-il pas le premier et parfois le meilleur des psychothérapeutes ? L'important n'est-il pas qu'il ait non seulement permis la disparition du symptôme, mais aussi le retour à un équilibre familial un temps compromis ? S'il est patient et compréhensif, il y réussira dans la majorité des cas. Le recours au psychologue ou au pédopsychiatre ne s'impose qu'en cas d'encoprésie rebelle avec des troubles du comportement primitifs ou durablement installés.

## Rectorragies

Les rectorragies sont fréquentes, avec parfois de simples filets de sang à l'occasion de l'émission d'une selle, parfois l'évacuation d'une petite quantité de sang rouge de façon volontiers répétée.

Bien sûr, les émissions de sang avec les selles sont fréquentes à l'occasion de diarrhées, voire de constipations.

De multiples causes peuvent être envisagées. Cinq méritent d'être mises en exergue :

- l'ulcération thermométrique ;
- le diverticule de Meckel ;
- les polypes rectaux ;
- les selles sanglantes dans le cadre des MICI (voir [chapitre 6](#)) ;
- les proctocolites lors de l'introduction du lait de vache, forme particulière d'APLV.

## Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire précise l'importance du phénomène, sa fréquence, l'abondance du sang émis, l'existence ou non d'une constipation chronique, l'existence de douleurs abdominales, la prise fréquente de la température. L'examen clinique est pauvre et en général normal. En cas de saignement abondant et répété, une numération globulaire avec dosage pondéral de l'hémoglobine est effectuée pour préciser le degré éventuel d'anémie et d'hypochromie.

## Que faut-il faire ?

*Dans un premier temps* (de façon impérative s'il y a constipation, mais également dans les autres cas tant ce traitement est anodin), il faut traiter les possibles *lésions inflammatoires anorectales*. Cette mesure suffit parfois à faire disparaître définitivement les rectorragies, mais bien entendu la constipation, si elle existe, doit être traitée. S'est-il agi d'une anite guérie par le traitement ou de l'expulsion spontanée d'un polype rectal sphacélé ? Peu importe.

*En cas d'échec*, force est de recourir à la *rectoscopie* qui permet de reconnaître une lésion locale, d'enlever un éventuel polype. Il est bon dans ce cas de pratiquer dans le même temps une *fibroscopie colique* qui permet, en cas d'absence de polype rectal, de voir et d'enlever un polype colique.

Quant aux *rectorragies du diverticule de Meckel*, elles sont de diagnostic difficile lorsqu'elles sont isolées. Elles sont liées, semble-t-il, à des lésions au niveau de la muqueuse du diverticule, muqueuse faite d'une hétérotopie gastrique.

Si l'APLV est évoquée (apparition de rectorragies persistant plus de 5 à 6 jours), essayer un HePLV ou un lait de riz en complément ou à la place du lait de mère.

*Dans les cas rebelles et inquiétants*, doit-on demander un avis gastro-entérologique pédiatrique ? L'avis d'un bon clinicien a tout autant de valeur et souvent beaucoup plus que des examens complémentaires difficiles à interpréter.

Dans tous les cas où une *anémie hypochrome* est retrouvée, elle doit être corrigée par l'administration de fer pendant quelques semaines ou quelques mois.

## Pour en savoir plus

Bellaïche M. Constipation chez l'enfant. 2016. [www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2016/175\\_178\\_Bellaïche.pdf](http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2016/175_178_Bellaïche.pdf).

Constipation de l'enfant. Pas à Pas, site de la Société Française de Pédiatrie (<https://www.sfpediatric.com/>).

Gottrand F, Turck D. Gastroentérologie pédiatrique progrès en pédiatrie. Paris : Doin ; 2016.

La constipation du jeune nourrisson. Pas à Pas, site de la Société Française de Pédiatrie (<https://www.sfpediatric.com/>).