

SOMMAIRE

La consultation de L'enfant énurétique	
Quelques rappels	1
L'interrogatoire	1
La prise en charge de l'enfant énurétique	
Quelques cas cliniques.....	6
Les précautions élémentaires..	7
Les traitements	7
Conclusion.....	11

Merci à

Brigitte Llanas,

Michel Tsimaratos,

Georges Deschennes et

Anne Van Egroo

ainsi qu'aux différents intervenants des séminaires uro-néphrologiques de l'AFPA qui ont tous apporté leur éclairage personnel à ce problème fréquent mais toujours complexe.

Merci à

Cécile Planche et

Corinne Gardette,

kinésithérapeutes spécialisées dans la rééducation vésico-sphinctérienne, pour leurs documents et leur présence indéfectible aux séminaires de l'AFPA.

L'ouvrage « *Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant* » chez Elsevier en 1997 coordonné par Pierre Cochat, reste enfin une référence dans le domaine de l'énurésie.

Directeur de la publication :

Dr Brigitte Virey

Rédacteur en chef :

Dr Gilbert Danjou

Composition et Impression :

Vassel Graphique

Charvet Imprimeurs

Bd des Droits de l'Homme

BP 58 - 69672 Bron cedex

www.vasselgraphique.com

Édité par

l'Association Française

de Pédiatrie Ambulatoire

AFPA

La consultation de L'enfant énurétique

Véronique Desvignes,

pédiatre,

Chamalières.

Groupe uro-néphrologie de l'AFPA

Veronique.desvignes@free.fr

Il arrive que la consultation pédiatrique soit dédiée au problème de l'énurésie. C'est cependant assez rare et il faut souvent la perspective d'une classe verte ou d'un séjour en dehors de la famille pour majorer les inquiétudes et les demandes de l'enfant et de ses parents et les pousser à consulter. Bien souvent la question est soulevée à la fin de l'entretien pour tenter de régler rapidement ce problème gênant. Or la consultation d'un enfant énurétique est souvent tout sauf une consultation rapide.

Quelques rappels

Par définition l'énurésie est une *incontinence intermittente pendant le sommeil, chez des enfants âgés d'au moins 5 ans*.

On ne parle pas « d'énurésie diurne » mais de fuites ou d'incontinence.

L'énurésie est dite *primaire* si l'enfant n'a jamais eu de période de continence durant le sommeil d'au moins 6 mois. La reprise d'une incontinence pendant le sommeil après 6 mois de contrôle mictionnel définit une énurésie *secondaire*.

L'énurésie nocturne isolée (ENI) ou mono-symptomatique est une énurésie sans aucun symptôme diurne relevant du bas appareil urinaire.

L'énurésie est fréquente : à 5 ans elle concerne 15 % des enfants, à 7 ans 10 % dont 2 à 9 % avec des signes diurnes, à 10 ans 5 % et à 15 ans 1 %. Entre 8 et 11 ans, 6,21 % de garçons seraient énurétiques et seulement 2,51 % de filles. 15 % des enfants guérissent par an sans aucun traitement.¹

La guérison à la puberté n'est pas systématique. Le risque pour un enfant souffrant d'ENI non traitée de rester énurétique à l'âge adulte est de 3 %.²

Dans la plupart des cas, les causes de l'énurésie sont fonctionnelles et des associations sont possibles; les malformations urologiques sont beaucoup plus rares.

C'est au pédiatre de débrouiller le problème. Instaurer un climat de confiance, écouter les parents, faire parler l'enfant sont les prérequis indispensables. Pour cela il faut du temps, les bonnes questions et ne pas ménager les explications...

L'interrogatoire

Histoire de l'enfant

Il est toujours intéressant de préciser l'âge auquel l'enfant a acquis la propreté le jour et la façon dont celle-ci a été acquise : d'emblée sans difficulté ou au contraire avec des fuites plus ou moins fréquentes, plus ou moins importantes, plus ou moins durables (changements fréquents de vêtements à l'école par exemple...).

Concernant la continence nocturne, il est important de préciser :

- la fréquence des nuits sèches (par semaine, mois, année...);
- leurs circonstances (vacances, séjour chez un copain, les grands-parents...).

Les événements de la vie de l'enfant (naissance d'un autre enfant, séparation, deuil, déménagement...) sont parfois déjà connus du pédiatre. Les préciser, d'emblée ou plus tard, peut donner un éclairage particulier à l'énurésie mais ne doivent pas faire méconnaître une cause organique éventuelle.

Antécédents familiaux.

Ils sont très fréquents dans l'énurésie nocturne mono-symptomatique (ENMS). Ils concernent les parents, la fratrie mais aussi les collatéraux (oncles, tantes, cousins, cousines).

Pour mémoire le risque d'être énurétique est de 40 % avec un parent énurétique, de 70 % avec les deux parents énurétiques avec des gènes identifiés sur les chromosomes 12q, 13q et 22.

Il n'est pas rare de constater que l'enfant découvre lors de la consultation qu'il n'est pas le premier de la famille à avoir ce problème...

(1) Kiddoo DA. CMAJ. Nocturnal enuresis. 2012 May 15; 184(8):908-11.

(2) Aubert D, Bérard E, Blanc JP et al. Enurésie nocturne primaire isolée : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. Progrès en urologie, 2010 ; 20 :343-349.

Que se passe-t-il la journée ?

Préciser s'il existe ou non des signes diurnes en plus des signes nocturnes est le point fondamental pour essayer de différencier troubles mictionnels et ENMS.

La question doit être précisée avec force détails et exemples.

• Y a-t-il des fuites la journée ?

Certains le disent spontanément, d'autres par gêne ou par honte, doivent être véritablement « cuisinés » pour reconnaître que, quand ils sont pressés, ils n'arrivent pas à se retenir ; les fuites vont de quelques gouttes à l'auréole diffusant largement sur le pantalon voire à la miction quasi-complète.

• Quel est le nombre des mictions ?

Il est très important de savoir s'il existe ou non une pollakiurie définie par 7 mictions ou plus par jour. Il faut, pour cela, compter le nombre de mictions avec l'enfant : le pipi du matin, de la récréation, du midi, etc. Des fuites et une pollakiurie vont orienter vers une hyperactivité vésicale. Des fuites et des mictions rares (3-4 fois/jour) orientent davantage vers des mictions par regorgement dont la prise en charge est totalement différente.

Il n'est pas toujours facile de comptabiliser le nombre de mictions et la comparaison avec le comportement mictionnel de la fratrie peut être informatif.

• Y a-t-il une impériosité mictionnelle ?

Préciser l'existence d'une « urgenturie » est très important. Des questions peuvent vous aider à y voir clair. En voici quelques exemples : « Avez-vous l'impression qu'il attend toujours le dernier moment ? Quand vous faites un trajet un peu long en voiture, qui réclame en premier ? Quand vous faites des courses, connaissez-vous les magasins avec des toilettes ? Peut-il (elle) regarder un film sans avoir à se lever plusieurs fois ? Que se passe-t-il quand les toilettes sont occupées ? ... »

• Avez-vous constaté l'existence de manœuvres de retenue ?

Elles doivent être précisées, voire mimées... Il s'agit du dandinement, du croisement des jambes, du garçon qui essaie de se pincer la verge, de la fille qui essaie de se retenir quand elle est assise en se mettant le talon sous le périnée ou qui est obligée de s'accroupir, incapable de marcher (c'est ce que l'on appelle le squatting).

• Comment qualifier le jet ?

Est-il explosif, notamment chez le petit garçon qui « en met parfois un peu partout » ? Est-il puissant et continu (« fait-il « pschitt » ?) ou est-il haché (« fait-il pschitt, pschitt, pschitt » ?). Doit-il (elle) parfois pousser quelques secondes ? Le pipi n'arrive-t-il parfois pas à venir même quand il (elle) a eu très envie ?

Bien souvent le tableau clinique des signes urinaires diurnes de l'hyperactivité vésicale est assez typique et l'enfant et ses parents se reconnaissent aisément dans le profil décrit. Mais ce n'est pas toujours le cas et il faut poser des questions précises en évitant d'être trop suggestif.

Que se passe-t-il la nuit ?

S'il est souvent plus difficile encore de faire préciser la symptomatologie nocturne, quelques questions ont toutefois leur intérêt.

• Les couches sont-elles très lourdes voire débordantes ou au contraire peu remplies ?

En l'absence de couche, le pyjama est-il à peine mouillé ou le drap est-il complètement trempé ? Bien que cet élément soit très subjectif, il faut le préciser.

• Pensez-vous qu'il y ait une ou plusieurs mictions la nuit ?

Il n'est pas toujours facile de le savoir mais il est très fréquent que les parents aient essayé de réveiller l'enfant avant d'aller eux-mêmes se coucher. Ils peuvent ainsi parfois être capables de dire si l'enfant a déjà fait pipi vers 23 heures ou non et s'il refait souvent une deuxième fois sur le petit matin. Bien que très subjectif, savoir si la couche ou le lit mouillé sont chauds au réveil peut orienter vers une miction tardive.

• La profondeur du sommeil

est souvent précisée spontanément par les parents qui décrivent un enfant incapable d'être réveillé. L'enfant, dans la plupart des cas, dit qu'il ne ressent pas le besoin d'uriner et ne se rend pas compte qu'il fait pipi.

• Comment se passent les nuits sèches ?

L'enfant a-t-il été réveillé par l'un des parents, s'est-il réveillé seul pour aller aux toilettes, s'est-il couché plus tard ou levé plus tôt, était-il ailleurs qu'à la maison ?

Autres questions utiles

• Les boissons

Certains enfants boivent peu la journée et beaucoup le soir. L'interrogatoire doit s'attacher à préciser le nombre de verres bus au repas du soir, avant de se coucher, au moment du brossage des dents... Il faut aller dans les détails et demander s'il s'agit d'eau, de soda, de jus de fruits, d'un biberon de lait ou de soupe et si elle est plus ou moins liquide, plus ou moins épicée...

• Les mictions

Il faut entrer dans les détails et faire préciser que :
- l'enfant va bien aux toilettes avant de se coucher (si la précaution paraît évidente, dans les faits cette simple précaution n'est pas toujours respectée) ;

- les mictions se passent dans de bonnes conditions : bien installé, jambes écartées, pantalon ou collants baissés sur les chevilles, (pour les filles debout ou assis pour les garçons mais bien positionnés, en prenant le temps, en attendant la dernière goutte)...

• *Les pathologies associées*

L'interrogatoire recherche la survenue :

- d'infections urinaires, hautes ou basses ;
- d'une constipation (il faut savoir entrer dans les détails : fréquence, consistance, douleur à l'exonération...);
- de « traces de frein » dans la culotte, d'une encopésie.

• *Le profil psychologique de l'enfant*

Il est important de préciser nombre de points.

- Est-il gêné ou non par son problème ; veut-il arrêter de faire pipi au lit ou pas vraiment ?
- En a-t-il parlé à son meilleur copain, sa meilleure copine ?
- Est-il allé dormir ailleurs que chez lui ?
- Met-il encore une couche ? Si oui, la quitte-t-il dès le réveil et va-t-il se laver ? La garde-t-il pour aller déjeuner ? Lui arrive-t-il de faire pipi dans la couche une fois réveillé ?
- Est-il d'accord pour partir en classe verte, en colonie ou préfère-t-il ne pas y aller de peur des moqueries s'il lui arrive de faire pipi au lit ou si on remarque qu'il met encore des couches ?
- Est-il bon élève ? A-t-il de bons copains ?
- Est-il timide, réservé, immature ? A-t-il confiance en lui ?
- A-t-il des problèmes psychologiques, des difficultés scolaires, des troubles des apprentissages, un déficit attentionnel, des problèmes relationnels avec ses copains ? Est-il anxieux, dépressif ? Bénéficie-t-il d'une prise en charge psychologique ?

• *Des traitements ont-ils déjà été essayés ?*

Si oui lesquels, combien de temps et à quelle dose ?

• *L'attitude des parents*

- Quelle place occupe ce problème d'énurésie au sein de la famille ?
- Le considèrent-ils comme un problème médical, une honte, de la fainéantise ?
- Est-ce une source de conflits avec l'enfant, entre les parents ?
- L'énurésie est-elle vécue comme un échec de l'éducation de leur enfant ?
- Qui assume les contraintes et les désagréments au quotidien ? L'enfant ? La mère ? Le père ?

• *En cas d'énurésie secondaire,*

un entretien seul à seul avec l'enfant ou l'adolescent(e) peut permettre d'évoquer l'éventualité de sévices sexuels qui en sont une cause non négligeable.

Le calendrier mictionnel

Il est intéressant, pour préciser les éléments cliniques recueillis, de demander à ce que soit fait un calendrier mictionnel.

Ce bilan mictionnel précise.

• *Pendant un jour ou deux :*

- l'horaire et le volume des boissons (y compris la soupe) en centilitres ;
- l'horaire et le volume des mictions en centilitres ou en grammes ;
- les fuites éventuelles d'urines et de selles.

• *Pendant une semaine, le poids des couches.*

Le calendrier mictionnel est très intéressant pour mieux comprendre la façon dont « fonctionne » l'enfant. Il rectifie parfois de fausses impressions cliniques concernant notamment le poids des couches ou la fréquence des mictions. Il permet d'évaluer la capacité vésicale (pour mémoire la capacité vésicale est égale à « âge + 1 x 30 » ou « âge x 30 + 30 » ; elle est inférieure à la normale quand elle est <70 % de la capacité vésicale maximale). Si certains parents font de superbes calendriers mictionnels, d'autres malheureusement ne les font jamais parvenir et les conclusions sont parfois difficiles.

L'examen clinique

Comme tout examen pédiatrique, il est complet avec prise de la TA. Il s'attache plus particulièrement à rechercher :

- des fécalomes par palpation abdominale ;
- des anomalies des organes génitaux externes : vulvite, coalescence des petites lèvres, phimosis... ;
- des signes de dysraphisme au niveau lombaire (lipome, pilosité anormale, plis fessier très asymétrique, hémangiome, fossette sacro-coccygienne...);
- des pieds creux, une amyotrophie, des réflexes vifs des membres inférieurs....

Il peut être intéressant, quand l'occasion se présente, d'assister à une miction (analyse de la position, d'un délai de latence, de la qualité du jet, d'efforts de poussée ?).

Une bandelette urinaire élimine une glycosurie, recherche une infection urinaire.

Un trouble de concentration des urines peut être recherché par une densité urinaire à jeun.

Les explorations complémentaires

Le diagnostic d'énurésie reste un diagnostic essentiellement clinique.

Les examens complémentaires sont en règle générale inutiles.

En cas d'antécédent d'infection urinaire, une échographie peut être demandée si cela n'a pas

déjà été fait. Une échographie rénale et vésicale peut permettre de calculer :

- la capacité vésicale vessie pleine ;
- le résidu post-mictionnel (normal : 0-5 ml, pathologique > 20 ml) ;
- l'épaisseur du détrusor.

Son indication ne doit pas être systématique mais ciblée en fonction de l'interrogatoire.

Exceptionnelles sont les pathologies urologiques (abouchement ectopique de l'uretère, valves de l'urètre postérieur), les pathologies neurologiques (vessie neurologique) ou le syndrome de Hinman, qui nécessitent des explorations plus spécifiques.

Le bilan urodynamique peut être indiqué en cas de suspicion de dyssynergie vésico-sphinctérienne. Sa réalisation dépend des possibilités locales et des habitudes des praticiens.

Principaux diagnostics différentiels

Ils sont rares mais il ne faut pas méconnaître.

- Une polyurie secondaire à une insuffisance rénale chronique, un trouble de la concentration des urines (dans la néphronophtise par exemple), une tubulopathie, un diabète insulino-dépendant...

- Une cause neurologique : myélo-méningocèle, spina bifida occulta, moelle attachée, agénésie sacrée...

- Un syndrome de Hinman. Vessie « neurogène non-neurogène » avec obstruction vésicale fonctionnelle souvent d'origine neuropsychologique sans déficit neurologique. Cliniquement, les enfants présentent une énurésie, une impériosité mictionnelle avec incontinence, des mictions peu fréquentes, intermittentes, une distension et des infections de l'appareil urinaire. L'insuffisance rénale est inconstante (24 %) mais fait toute la gravité du syndrome.

- Certaines causes urologiques : abouchement ectopique de l'uretère, valves de l'urètre postérieur...

- Les mictions déclenchées notamment par le fou rire, sans énurésie nocturne.

L'approche diagnostique

A l'issue de cet interrogatoire, souvent assez long, plusieurs profils se dégagent souvent, parfaitement individualisés parfois, intriqués parfois³⁻⁴⁻⁵ :

- l'énurésie nocturne isolée (ENI) ou énurésie mono-symptomatique ;
- les troubles mictionnels ;

Ils sont souvent associés à une incapacité de l'enfant à se réveiller quand la vessie est pleine.

L'énurésie nocturne isolée ou mono-symptomatique.

Elle concerne plus souvent les garçons. Elle se caractérise par une énurésie nocturne isolée sans aucun signe diurne. L'enfant contrôle parfaitement ses mictions la journée, sans fuite ni impériosité. Le problème concerne la nuit exclusivement. Les couches sont très lourdes, voire débordantes, bien plus volumineuses que ce que l'enfant a pu boire le soir. Le calcul de la miction nocturne (poids de la couche quand il y a une couche + 1^e miction du matin) retrouve des chiffres importants, dépassant largement le volume d'une vessie pleine. Les antécédents familiaux sont très fréquents.

La polyurie est en rapport avec une sécrétion inappropriée de l'ADH qui ne réabsorbe plus suffisamment d'eau au niveau du tube collecteur. S'y associe souvent un seuil d'éveil élevé expliquant que les deux stimuli puissants d'éveil que sont la distension vésicale et la contraction du détrusor ne fonctionnent pas. Le locus coeruleus situé au niveau du tronc cérébral et riche en neurones adrénérgiques aurait un rôle crucial pour le réveil pendant le sommeil, à la fois par ses connections au centre de la miction également situé au niveau du tronc cérébral et avec les cellules hypothalamiques responsables de la production d'hormone anti-diurétique.

Les troubles mictionnels

• L'hyperactivité vésicale.

On parle schématiquement d'immaturité vésicale avant 5 ans et d'instabilité ou d'hyperactivité vésicale après 5 ans. L'instabilité vésicale concerne autant les filles que les garçons. Il existe des signes diurnes et nocturnes. Dès que la vessie se remplit, l'hypercontractilité du détrusor déclenche des contractions vésicales mal ou insuffisamment inhibées. Malgré des efforts de retenue et la mise en route du réflexe inhibiteur périnéo-détrusorien, le sphincter lisse sous-vésical puis le sphincter strié périnéal (noyau fibreux central du périnée) sont débordés et les fuites se produisent. Les mictions sont fréquentes et toujours impérieuses car l'instabilité vésicale est responsable d'une petite capacité vésicale fonctionnelle. La nuit, les enfants réveillés par le besoin ne feront pas pipi au lit. Ceux qui ont un sommeil très profond, qui ont beaucoup bu ou qui sont polyuriques ne se réveilleront pas et auront des mictions nocturnes.

L'instabilité peut aussi être responsable d'infections urinaires basses, parfois hautes, tout particu-

(3) Schultz-Lampel D1, Steuber C, Hoyer PF, Bachmann CJ, Marschall-Kehrel D, Bachmann H. Urinary incontinence in children. Dtsch Arztebl Int. 2011 Sep;108(37):613-20. doi: 10.3238/arztebl.2011.0613. Epub 2011 Sep 16.

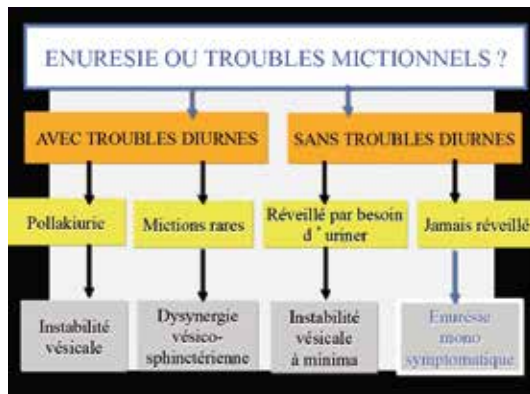
(4) Vande Walle J1, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marschall-Kehrel D, Tekgul S; American Academy of Pediatrics; European Society for Paediatric Urology; European Society for Paediatric Nephrology; International Children's Continence Society Eur J Pediatr. 2012 Jun;171(6):971-83.

(5) Aubert D, Bérard E, Blanc JP et al. Énurésie nocturne primaire isolée : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. Progrès en urologie, 2010 ; 20 :343-349.

lièrement en cas de constipation associée. La prolifération microbienne des germes dans l'urètre, avec remontée possible des bactéries au niveau vésical en fonction des conditions anatomiques (dilatation, urètre en toupie entre les deux sphincters) et de leurs spécificités (fimbriae des E. Coli) favorise les infections locales par voie ascendante.

• *La dyssynergie vésico-sphinctérienne.*

Une instabilité vésicale peut évoluer vers la dyssynergie vésico-sphinctérienne quand l'enfant fait des efforts pour empêcher les fuites en renforçant tellement la contraction de son sphincter strié qu'il n'arrive plus à le relâcher pendant la miction. Le début de la miction peut demander quelques secondes pendant lesquelles l'enfant essaie de pousser, ce qui ne fait qu'aggraver son problème. Le jet est souvent saccadé, haché.



Les comorbidités possibles

Il peut s'agir.

- *De constipation qui*, par la compression de la vessie, peut en augmenter l'hyperactivité et en limiter la vidange.
- *D'infections urinaires* qui peuvent être à l'origine d'énurésie secondaire transitoire.
- *De Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH).*
- *D'apnées du sommeil*, en rapport par exemple avec de volumineuses amygdales obstructives ; deux explications possibles invoquées sont l'augmentation paradoxale du seuil d'éveil provoquée par l'obstruction chronique des voies aériennes supérieures et l'augmentation de la pression intra-thoracique responsable d'une élévation du peptide natriurétique atrial responsable d'une polyurie .
- *De troubles du comportement* qui peuvent majorer et faire perdurer les signes urinaires.
- *De difficultés psychologiques.*

• *D'un retard psychomoteur*, quel qu'en soit l'étiologie.

• *D'agression sexuelle*, notamment dans le cadre d'énurésie secondaire.

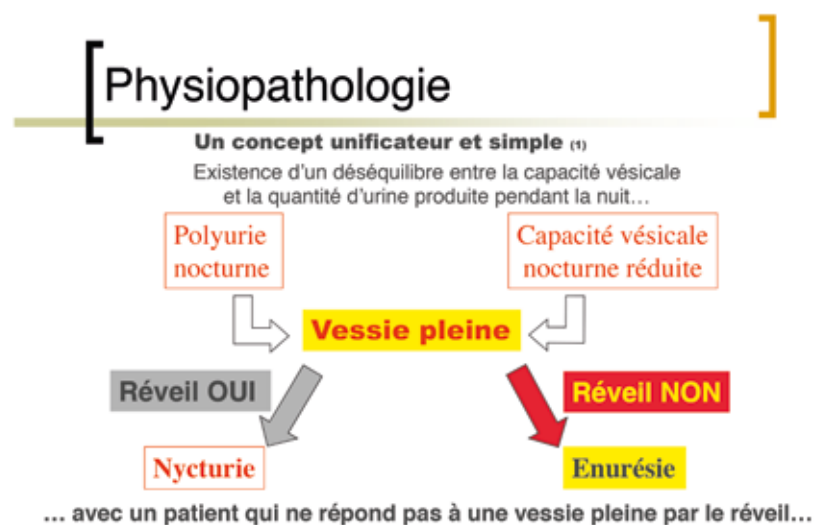
Le temps des explications

Il va donc falloir expliquer à l'enfant et aux parents ce qui se passe (et pourquoi) et décider de ce qui va pouvoir leur être proposé... Des explications physiopathologiques sont toujours très bien accueillies. L'enfant a besoin d'être déculpabilisé, de comprendre ce qui lui arrive. Les parents ont besoin aussi de connaître le mécanisme de la miction, de comprendre comment « fonctionne » leur enfant, de savoir que leur « éducation » n'est pas remise en question.

Ainsi, l'enfant et ses parents comprennent-ils assez facilement que :

- la quantité d'urine produite la nuit est parfois trop importante en raison d'un défaut de sécrétion pendant la nuit d'hormone antidiurétique (ADH), souvent héréditaire ;
- la capacité vésicale peut être diminuée en cas d'instabilité vésicale, c'est-à-dire en cas de vessie trop contractile, incapable de se remplir sans déclencher des envies violentes d'aller aux toilettes ; l'enfant a une vessie de taille normale mais qui se comporte comme une petite vessie de jour comme de nuit ;
- l'enfant a parfois un sommeil très profond et n'est pas réveillé par l'envie de faire pipi, ce n'est ni de la fainéantise ni de la mauvaise volonté.

Des fiches et des schémas sont disponibles sur le site de l'AFPA pour vous aider à donner des explications pendant la consultation.



(1) Hjalmas K. et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. The Journal of Urology; 171:2545-2561.

La prise en charge de l'enfant énurétique

L'enfant et ses parents sont souvent demandeurs d'une solution rapide et efficace.

Ce ne sera pas toujours possible. En revanche : expliquer, dédramatiser, proposer, responsabiliser, soutenir et redonner confiance sont autant de points fondamentaux à mettre en place avec l'enfant et ses parents, que l'on prescrive ou non un traitement⁶⁻⁷.

Quelques cas cliniques

Pour illustrer les différentes prises en charge, nous allons envisager quelques cas cliniques typiques.

Solène, 6 ans et demi, sans antécédent personnel ni familial particulier, vient consulter pour énurésie nocturne et fuites diurnes. Propre vers 3 ans, à l'entrée de l'école, la propreté a longtemps été compliquée avec des fuites fréquentes (parfois des mictions quasi-complètes) les trois années de maternelle. Actuellement, les choses s'améliorent un peu mais, même si elle fait pipi souvent, ses parents ont toujours l'impression qu'elle y va toujours au dernier moment, se dandine, s'accroupit quand elle n'en peut plus et parfois arrive trop tard. Elle a fait une première cystite l'été dernier et il faut toujours lui rappeler d'aller aux toilettes, autant pour le pipi que pour le caca. La nuit elle a souvent au moins 1 ou 2 mictions et ne se rend compte de rien.

• Quel diagnostic faites-vous ? Quel traitement proposez-vous ?

Réponse : une instabilité vésicale. Traitement par Oxibutinine.

Romain, 8 ans, consulte pour une énurésie nocturne. Malgré votre interrogatoire policier, vous ne retrouvez aucun signe diurne. Son père et son oncle paternel ont fait pipi au lit respectivement jusqu'à 8 et 12 ans et ont guéri spontanément. Il est bon élève, a des copains (auxquels il n'a pas parlé de son problème) et dort tellement profondément que ses parents, qui ont essayé de le réveiller pendant un mois vers 23 heures, ont arrêté, d'autant qu'il avait parfois déjà fait dans son lit et que souvent il était quand même mouillé le matin. Pas de constipation, pas d'infection urinaire.

• Quel diagnostic faites-vous ? Quel traitement proposez-vous ?

Réponse : une énurésie nocturne mono-symptomatique. Traitement par Minirin® en première ou 2^e intention +/- alarme sonore (en première ou 2^e intention)

Candice, 11 ans, consulte pour une énurésie persistante avec des fuites pendant la journée qu'elle ne sent pas venir, notamment quand elle rit ou qu'elle tousse. A l'interrogatoire il vous semble qu'elle a eu un passé d'instabilité vésicale mais maintenant elle ne fait pipi que 3 ou, grand maximum, 4 fois par jour, et encore bien souvent elle n'en a pas envie mais y va « par précaution ». Il lui arrive de devoir pousser parce que le pipi ne vient pas et le jet est souvent haché. Elle vient de faire sa 3^e cystite et a tendance à n'avoir qu'une selle tous les 2 à 3 jours.

• Quel diagnostic faites-vous ? Quel traitement proposez-vous ?

Réponse : La dyssynergie vésico-sphinctérienne. La dyssynergie vésico-sphinctérienne, probablement secondaire à un « hypercontrôle » d'une instabilité vésicale. Une échographie vésicale pleine et vide est intéressante, notamment pour visualiser la capacité vésicale et le résidu post-mictionnel. Il faut absolument éviter les anticholinergiques qui aggravent l'hypotonie vésicale. La rééducation vésico-sphinctérienne est très importante pour rééduquer le « relâchement du périnée ». Elle doit être faite impérativement par des kinésithérapeutes spécialisés qui savent faire du biofeedback et qui sont équipés pour ces actes très particuliers, à l'exact opposé des rééducations périnéales post-accouchement.

Léo, 5 ans. À la consultation systématique, vous apprenez que Léo fait encore pipi au lit, presque tous les jours. Lorsqu'il va dormir chez ses grands-parents, il a parfois des nuits sèches. Il boit 2 verres d'eau le soir et aime encore son biberon pour s'endormir. Il aimerait bien arrêter mais ce n'est pas encore vraiment un problème pour lui. Le jour, il a parfois quelques petites fuites mais rien de bien grave. Pas d'antécédent familial particulier à signaler.

(6) Vande Walle J1, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marschall-Kehrel D, Tekgul S; American Academy of Pediatrics; European Society for Paediatric Urology; European Society for Paediatric Nephrology; International Children's Continence Society Eur J Pediatr. 2012 Jun;171(6):971-83.

Erratum in Eur J Pediatr. 2013 Feb; 172(2):285. Eur J Pediatr. 2012 Jun;171(6):1005.

(7) Aubert D, Bérard E, Blanc JP et al. Enurésie nocturne primaire isolée : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. Progrès en urologie, 2010 ; 20 :343-349.

- Qu'en dites-vous ? Que faites-vous ?

Léo n'a pas une réelle pathologie. Il boit trop le soir, n'est ni prêt ni motivé. Lui demander de réduire les boissons le soir est la première des mesures à prendre. Le revoir dans 6 mois à 1 an avec un calendrier mictionnel semble une bonne solution à adopter. Il faut savoir ne pas se précipiter sur un traitement médicamenteux.

Les précautions élémentaires

Il est possible avec l'enfant et ses parents de lister ce qui doit être fait et ce qui doit être évité.

A ne pas faire

- Culpabiliser l'enfant.
- L'empêcher de boire totalement à partir de 17-18 heures.
- Vouloir impérativement mettre en route un traitement médical.
- Vouloir impérativement ne pas proposer de traitement en pensant qu'il peut y arriver seul.
- Cumuler les traitements en pensant qu'il y en aura bien un qui fonctionnera.
- Réveiller l'enfant vers 23-24 heures ou mettre le réveil en pleine nuit pour lui demander de faire pipi.
- Enlever les couches systématiquement pour « qu'il se rende compte ».
- Le faire dormir dans un lit superposé ou très éloigné des toilettes.

A faire

- Expliquer à l'enfant et ses parents comment il vous semble qu'il « fonctionne ».
- Bien s'assurer que les précautions élémentaires sont respectées.
 - ▶ Bien boire tout au long de la journée pour ne pas avoir trop soif en soirée.
 - ▶ Au repas du soir :
 - . autoriser un verre d'eau (parfois un peu plus l'été ou après une séance de sport) ;
 - . ne pas donner de sirop, soda ou jus de fruit ;
 - . éviter les soupes trop liquides, les aliments trop salés, trop sucrés ;
 - . pas trop de laitages ;
 - . ne pas proposer de biberon (de lait ou d'eau) au coucher ou dans la nuit ;
 - . veiller à ce qu'il ne boive pas au moment du brossage des dents ;
 - . s'assurer qu'il va bien aux toilettes avant de se coucher.
 - ▶ Demander à l'enfant de tenir un calendrier des nuits sèches et mouillées à partir du moment où il constatera qu'il a des nuits sans accidents. Le faire tant que la couche est pleine ne sert souvent qu'à le décourager un peu plus. Une évaluation du volume de la miction peut aussi être proposée (+/++/+++ ou petits et gros nuages par exemple)

car il est différent d'avoir une couche débordante et un pipi qui mouille à peine le pantalon de pyjama. Il est parfois intéressant de demander à l'enfant et ses parents de noter s'ils ont constaté une cause éventuelle (trop de boissons, oubli d'aller aux toilettes, rentrée scolaire, journée très chargée émotionnellement).

Les traitements

Les traitements peuvent être médicamenteux et/ou comportementaux. La kinésithérapie a toute sa place dans la dyssynergie vésico-sphinctérienne.

Les traitements médicamenteux

- *La desmopressine (Minirin®)*

Analogue structural de l'ADH, la desmopressine agit sur la réabsorption de l'eau au niveau du tube collecteur rénal et diminue le débit urinaire permettant de ne pas atteindre le volume vésical déclenchant la miction. La desmopressine est le traitement spécifique des formes polyuriques des ENI résistantes aux mesures habituelles (restriction hydrique...) chez l'enfant de plus de 6 ans. Dans cette indication précise, les résultats sont satisfaisants, de l'ordre de 70 à 80 %. La seule forme orale disponible actuellement en France est le lyophilisat oral, le Minirinmelt® dosé à 60, 120 et 240 µg. Les comprimés se prennent sans eau. Il est conseillé d'augmenter progressivement les doses en débutant par 120 µg le soir au coucher (et non au repas du soir), puis d'augmenter de 60 µg par paliers de 15 jours environ pour déterminer la dose efficace minimale. La posologie dépasse rarement 240 µg. Pour éviter les céphalées, prodromes de l'hyponatrémie de dilution de l'intoxication par l'eau, les apports hydriques doivent être limités dans l'heure précédant la prise et au cours des 8 heures suivantes (pas de boisson la nuit). La durée du traitement est généralement de 3 à 6 mois. Une décroissance progressive est débutée quand les résultats sont très encourageants. Une reprise du traitement est toujours possible chez les enfants répondeurs qui récidivent à l'arrêt du traitement. Toutefois il est toujours préférable de faire une fenêtre thérapeutique de 15 à 30 jours après 6 mois de traitement.

La durée maximale du traitement n'est pas encore clairement définie.

- *L'oxybutynine (Ditropan®, Driptane®)*

L'oxybutynine est un antispasmodique de type anticholinergique qui diminue la contractilité du détrusor et augmente la compliance et la capacité de la vessie. L'oxybutynine est le traitement de choix des instabilités vésicales s'accompagnant de signes diurnes et nocturnes. Son utilisation n'est pas recommandée avant 5 ans. La posologie initiale de 2,5 mg (1/2 comprimé à 5 mg) deux fois par jour est augmentée individuellement jusqu'à la

dose minimale efficace permettant d'obtenir une réponse clinique satisfaisante. La posologie habituelle est de 1 comprimé 2 fois/jour. Le comprimé du soir doit être pris au moment du coucher (et non au repas du soir) compte-tenu de sa demi-vie brève (2 heures). Les effets indésirables (bouche sèche, cauchemars, constipation, troubles de l'accommodation, rougeur du visage...) sont possibles mais peu fréquents en cas d'administration à posologie progressive. Ils peuvent justifier la diminution voire l'arrêt du traitement en cas de persistance. La durée du traitement est de 3 à 6 mois. Une fenêtre thérapeutique est conseillée au bout de 6 mois de traitement. Une reprise est toujours possible en cas de récurrence. L'efficacité se manifeste généralement au bout de quelques semaines et en premier lieu sur les signes diurnes. C'est important de le préciser à l'enfant et ses parents pour éviter qu'ils ne se découragent devant la persistance de l'énuvésie nocturne.

• *Les tricycliques*

Leur usage a été abandonné du fait de leur toxicité cardiaque et hépatique en cas de surdosage et de la récurrence fréquente de l'énuvésie à l'arrêt du traitement

L'alarme sonore: une thérapie comportementale.

on trouve plusieurs dispositifs sur le marché qui fonctionnent tous de la même façon : un capteur est placé dans la culotte de l'enfant (à qui on a enlevé la couche). Il est relié à une source sonore située dans un boîtier placé sur l'épaule de l'enfant (Wet Stop 3) ou à côté du lit. Il existe également maintenant des alarmes sans fil pour lesquelles le boîtier peut se placer dans la chambre de l'enfant (l'obligeant à se lever pour éteindre la sonnerie) ou dans celle des parents qui vont alors réveiller l'enfant s'il est toujours endormi. La sonnette retentit dès les premières gouttes, l'enfant doit se réveiller et finir sa miction dans un pot placé dans la chambre ou aller aux toilettes. Par la suite il va développer de véritables réflexes conditionnés qui vont

lui permettre d'inhiber sa vessie ou de se réveiller avant de faire pipi.

L'alarme sonore donne aussi des informations intéressantes comme les horaires des mictions (vers minuit, sur le petit matin...) et leur nombre (une ou plusieurs). Les alarmes sont différentes par leur prix et leur mode de distribution : elles ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie. Les systèmes d'alarme sont sans danger, leurs effets sur la continence persistants, mais pour éviter les déceptions, les familles doivent être informées du délai nécessaire à l'obtention de la guérison qui est souvent de l'ordre de plusieurs semaines. La prescription d'une alarme nécessite beaucoup de motivation de la part de l'enfant et de ses parents ; expliquant qu'elle soit rarement prescrite avant 6-7 ans. Un sommeil très profond peut être un frein à son utilisation, notamment chez le jeune enfant. L'adolescent dont le sommeil s'allège peut en bénéficier en cas d'ENI persistante. Les résultats sont souvent bons avec 30 à 60 % des enfants qui restent secs après 3 mois et 9 fois moins de rechutes qu'avec la desmopressine.

Les indications des alarmes sonores sont :

- les ENI sans polyurie
- les ENI avec polyurie, en association ou non avec la desmopressine lorsque les résultats sont insuffisants.

La kinésithérapie de rééducation vésico-sphinctérienne avec apprentissage du relâchement.

La kinésithérapie s'adresse aux instabilités vésicales qui « ont dérapé » vers la vessie rétentionniste ou la dyssynergie vésico-sphinctérienne. L'historique est généralement déjà long et les enfants souvent âgés de 8-10 ans. La phase d'explication est là encore fondamentale.

La tenue d'un calendrier mictionnel permet de refaire un bilan précis de la situation

	NUIT	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Lundi				XX					XX					XC		X						
Mardi				X			X		X			X		M	X			X				
Mercredi					XX				XX			X						X				
Jeudi				XX			X			X				X				X				
Vendredi				X			X			XC				X		M				X		
Samedi						X					X				XC							
Dimanche					X			X		M		X	X		XC			X				

Soleil = nuit sèche ; nuage = nuit mouillée. X = petit pipi ; XX = moyen pipi ; XXX = gros pipi ; M = culotte mouillée ; C = caca.



Les conseils pour bien faire pipi sont toujours très importants et méritent d'être rappelés

Après quelques séances de prise de contact et d'informations, va débiter le biofeedback manuel et instrumental. Son but est de favoriser la prise de conscience objective d'une fonction physiologique non consciente (la miction) et de corriger une mauvaise utilisation des muscles périnéaux et abdominaux. L'approche est ludique grâce à un support sensitif, visuel et auditif sur ordinateur.

Il est important pour les kinésithérapeutes d'avoir une prescription du praticien correctement formulée du type « rééducation vésico-sphinctérienne avec apprentissage du relâchement ». Il faut en règle générale prévoir une dizaine de séances à raison d'une par semaine.

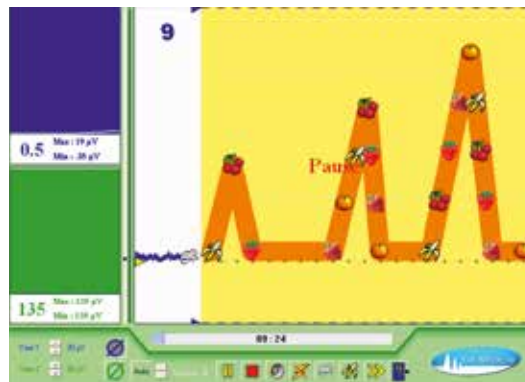
Encourager, valoriser, expliquer, contrôler les calendriers mictionnels, positiver, font partie de la prise en charge kinésithérapique. Les résultats ne sont souvent constatés qu'au bout de plusieurs semaines à plusieurs mois. L'implication de l'enfant et le soutien de ses parents sont essentiels.

Les autres traitements

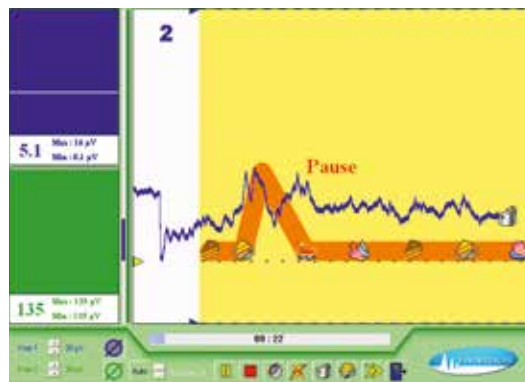
Une éventuelle constipation doit toujours être traitée car une vessie ne fonctionne bien qu'avec un rectum vide. Une prise en charge psychologique ou psychothérapique peut parfois être très utile. Les thérapies alternatives telles que l'hypnothérapie, l'acupuncture ou l'homéopathie n'ont encore jamais fait l'objet de suivi randomisé et la preuve de leur efficacité n'est pas établie.

Les consultations de suivi

Dans la plupart des cas il faut revoir l'enfant pour faire le point avec lui et ses parents au bout de 3 à 6 mois. Les résultats peuvent être très encourageants dans les tableaux assez stéréotypés d'instabilité vésicale traitées par oxybutynine ou les ENI recevant de la desmopressine. Malheureusement ce n'est pas toujours le cas et il faut reposer toutes les questions déjà évoquées, valoriser les symptômes qui se sont améliorés (diminution des fuites diurnes, plus de nuits sèches par mois, couches moins volumineuses...), les causes éventuelles de rechute (boissons trop abondantes ou sucrées certains soirs, causes psychologiques,



Quelques exemples.



Mauvais relâchement du plancher pelvien



Bon contrôle musculaire

les événements familiaux récents), réévaluer le degré de motivation de l'enfant ou la profondeur de son sommeil...

La poursuite, l'allègement, la mise en route ou l'arrêt des traitements médicamenteux, l'ajout d'une alarme sonore, la prescription d'une prise en charge kinésithérapique sont fonction de tous ces éléments. Chaque enfant énurétique est différent et va modifier son comportement avec le temps. Pour le soutenir, lui éviter de perdre confiance en lui, le temps de la consultation est fondamental. Il doit rester personnalisé, attentif et bienveillant. C'est à ces conditions que seront évitées mésestime, anxiété, culpabilité mais aussi entraves à la socialisation (colonies, camps, voyages scolaires) voire parfois aux relations familiales.

En conclusion

L'énurésie nocturne est une pathologie fréquente. Elle peut être isolée ou mono-symptomatique avec des signes exclusivement nocturnes mais aussi s'intégrer dans le cadre de troubles mictionnels avec signes nocturnes et diurnes. Des comorbidités sont possibles et doivent être recherchées.

L'interrogatoire est la clef de voûte du diagnostic. Les examens complémentaires ne sont souvent pas utiles. Il faut parfois savoir se laisser le temps de la réflexion et de l'observation et ne pas instaurer de traitement mais il faut aussi être capable de proposer des traitements médicamenteux ou comportementaux adaptés en essayant de cerner au mieux le mécanisme de l'énurésie de l'enfant.

Documents illustrant les ateliers du séminaire de dpc afpa-ogdpc

« Uro-néphrologie pédiatrique - Du diagnostic à la prise en charge »

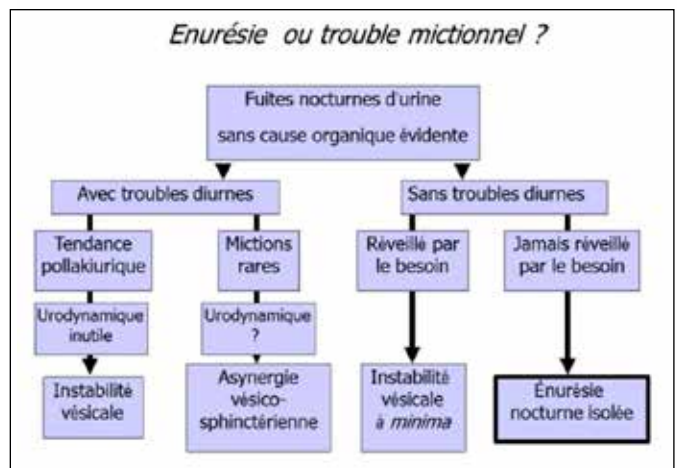
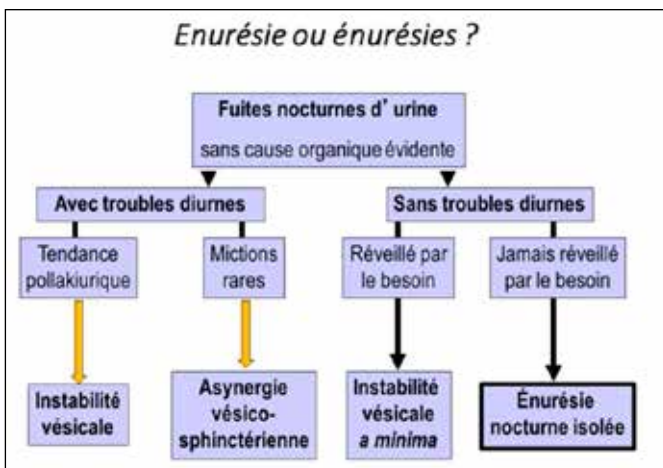
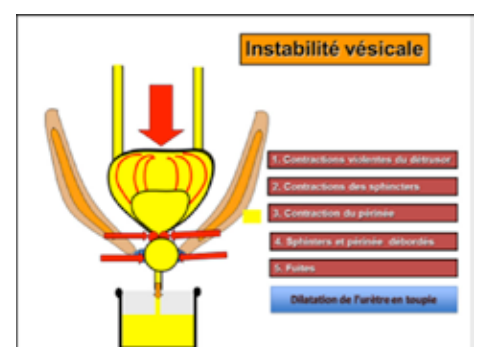
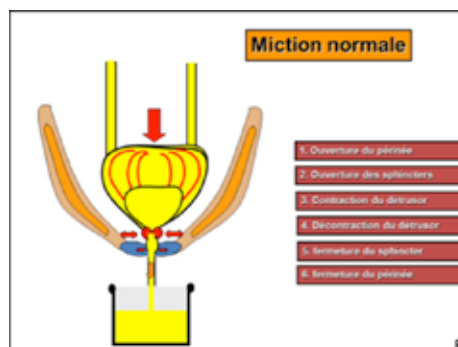
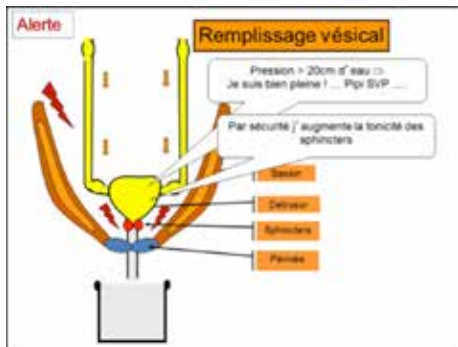


Schéma urinaire de l'instabilité vésicale



Explication du fonctionnement d'une vessie normale

*voilà une vessie
qui fonctionne
normalement*



*elle se remplit
et elle te donne
un signal quand il faut
la vider Tu lui dis*



*de tirer le bouchon
chaque fois que
tu en sens le besoin*



Ouvrage co-écrit par deux pédiatres de l'afpa

“PÉDIATRIE AMBULATOIRE”

Véronique Desvignes, Elisabeth Martin-Lebrun, Pierre Cochat

Le guide de référence de la consultation pédiatrique

Comment maîtriser les examens systématisés aux différents âges-clé ?

Peut-on oser la consultation de l'adolescent ?

Comment repérer un enfant en difficulté dans sa famille ou à l'école ?

De quelle manière annoncer un diagnostic difficile ?

Comment se repérer dans les parcours de soins ?

Comment faciliter l'intégration scolaire d'un enfant avec un handicap ?

“Pédiatrie ambulatoire” répond à nombre de ces questionnements et s'attache à présenter toute la richesse, et parfois la complexité, des consultations avec les enfants, les adolescents et leurs parents.

Divisé en cinq parties, ce guide est rédigé par des médecins, tous spécialisés dans leurs domaines. Prouvant que la pédiatrie libérale a sa juste place entre la médecine générale et la pédiatrie hospitalière, il propose à tous les professionnels de santé de retrouver l'état d'esprit des consultations en cabinet et de structurer leur démarche. Il comporte des conseils et des informations concrètes, liés aux situations quotidiennes ou difficiles, aux enfants porteurs de maladies graves, aux adolescents ainsi qu'aux aspects pratiques du métier.

Parution : 05/2014, broché, 438 pages, format 16 x 24 cm ;

ISBN 13 : 9782704014002 ; prix public : 69,00 euros

TROUBLES DIGESTIFS BÉNINS DU NOURRISSON

Galliagest 1

Pour rendre le sourire à toute la famille

Depuis Avril 2014
Nouvelle formule
avec AGPI-LC**



Efficacité prouvée :
réduction significative
de l'intensité moyenne des
inconforts totaux. ⁽¹⁾

Nouveaux résultats :
amélioration
de la qualité de vie
de **6 à 8,3/10** ⁽²⁾

Depuis Avril 2014 :
1^{ère} formule
épaissie contenant
des AGPI-LC** ⁽³⁾

L'Observatoire ADAN montre que les troubles digestifs bénins chez les nourrissons de 0 à 6 mois, non consommateurs de Galliagest 1, ont des conséquences sur la qualité de vie du nourrisson et sont une source de préoccupation pour les parents ⁽²⁾. Selon 91 % des pédiatres, Galliagest 1 permet une amélioration des troubles avec une tolérance jugée plutôt satisfaisante ou très satisfaisante pour 93 % d'entre eux et une amélioration de la qualité de vie du nourrisson ⁽²⁾.

(1) Roy P *et al.* Intérêt d'une formule infantile épaissie avec activité lactasique dans la prise en charge des troubles digestifs bénins du nourrisson. Arch Pediatr 2004 ; 11(12) : 1546-54.

(2) Observatoire ADAN (Approche de première intention des troubles Digestifs bénins Associés du Nourrisson), enquête de pratique professionnelle et analyse des cas patients, réalisées en 2013 en France métropolitaine, chez 2 747 nourrissons de 0 à 6 mois suivis par 273 pédiatres. La qualité de vie des nourrissons a été évaluée sur la base du questionnaire QUALIN qui a été, lui, validé dans une étude multicentrique européenne, conduite auprès des parents et des pédiatres de 1 412 enfants âgés de 3 à 36 mois. Médecine et Enfance, volume 34, numéro 7, septembre 2014, supplément.

(3) Étude de marché comparative des formules premier âge épaissies vendues en France métropolitaine (hors ADDFMS) - Étude interne Laboratoire Gallia - Décembre 2013.

* Cette formule épaissie peut nécessiter l'utilisation d'une tétine adaptée.

** Acides Gras Poly-Insaturés à Longues Chaînes. ARA (acide arachidonique) = DHA (acide docosahexaénoïque) = 0,2 % des lipides totaux.

AVIS IMPORTANT : Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson : il est le mieux adapté à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'une formule infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement.

Document réservé aux professionnels de santé.

LABORATOIRE
Gallia