

## L'ÉNURÉSIE ET SA PRISE EN CHARGE

*Madoui Mahboub F.Z.*

*EHS de Psychiatrie Mahmoud Belamri, Constantine, Faculté de Médecine.  
Université 3, Algérie.*

### RÉSUMÉ :

Les troubles mictionnels de l'enfant sont une cause fréquente de consultation chez le pédiatre ou le médecin de famille. La majorité des enfants acquièrent la propreté avant d'entrer à l'école et pour ceux qui n'y parviennent pas c'est un facteur de stress important dont l'impact psychosocial n'est pas négligeable. L'énurésie nocturne peut devenir un problème majeur pour les enfants mais aussi pour leur parents et même parfois pour leurs pédiatres ! Quelles investigations sont nécessaires ? Quel traitement recommander ?

*Mots clés : Troubles mictionnels, Propreté, Stress, Enurésie nocturne.*

### ABSTRACT : *ENURESIS AND MANAGEMENTS.*

Voiding disorders in children are a common cause of consultation with the pediatrician or family doctor. The majority of children learn cleanliness before entering school, and for those who fail to do, so it is a factor significant Stress that the psychosocial impact is not negligible. The bedwetting can become a major problem for children but also for their parents and sometimes even their pediatrician ! What investigations are needed ? What treatment recommended ?

*Key words : Micturition disorders, Cleanliness, Stress, Nocturnal enuresis.*

## INTRODUCTION

L'énurésie est un symptôme extrêmement fréquent, concernant 4 à 8 % des enfants de 7 à 8 ans. Elle est deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et environ 75% de tous les enfants atteints d'énurésie ont une apparentée biologique de premier degré.

- Le risque d'être énurétique est de 77% si les deux parents l'étaient, 44% si un des deux l'était.
- Ce trouble s'améliore souvent spontanément : 15 % de guérison spontanée par an, entre l'âge de 5 et 10 ans.
- Bien que l'énurésie soit un symptôme fréquent en pédiatrie, et que ses conséquences psychosociales sont parfois dramatiques pour l'enfant et les parents, les demandes de soins exprimées au niveau des formations sanitaires sont loin de refléter la réalité du trouble.

## DÉFINITIONS

- L'énurésie pose un problème sémantique et les dictionnaires entretiennent cette ambiguïté, en assimilant, souvent, ce trouble à l'incontinence.

- Les termes incontinence diurne et énurésie nocturne s'appliquent aux enfants âgés de plus de 5 ans, ces symptômes étant physiologiques chez les enfants plus jeunes.

Afin d'unifier les appellations, l'International Children's Continence Society a édité en 2006 une nouvelle terminologie standardisée [1]: l'incontinence diurne est définie comme une fuite d'urine incontrôlée pendant la journée chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Le terme énurésie diurne est donc abandonné. L'incontinence est ensuite catégorisée en continue ou intermittente selon qu'il s'agit d'une perte constante d'urine ou de fuites intermittentes.

\* Selon le D S M IV [2], elle se définit par :

- Miction répétée, diurne ou nocturne, au lit, dans les vêtements, involontaire ou délibérée;
- Survenue au moins 2 fois par mois chez des enfants âgés de 5 à 6 ans et au moins une fois par mois chez les enfants plus âgés;
- L'enfant a un âge chronologique d'au moins 5 ans et un âge mental d'au moins 4 ans;
- Non due à un trouble physique tels qu'un diabète, une infection des voies urinaires ou des convulsions. Le manque de contrôle est en rapport avec la capacité vésicale et le mécanisme sphinctérien (immaturité vésicale, difficultés d'inhibition du détrusor);
- Les désordres mictionnels sont liés à des troubles émotionnels relationnels à des conflits, à des stress ou à de la dépression;
- On notera le lien qui existe entre l'énurésie et l'impressionnabilité (l'impressionnabilité, caractérise les enfants émotifs)

## FORMES CLINIQUES

- Il convient de distinguer énurésie diurne, nocturne ou mixte, selon l'horaire des mictions involontaires [3];
- L'énurésie est dite primaire, quand l'enfant n'a jamais été propre, et secondaire, quand il l'a été, et que l'intervalle libre de propreté a été d'au moins six mois (ce chiffre est quelque peu arbitraire et varie selon les auteurs);
- L'énurésie peut se présenter sous forme isolée, uniquement pendant le sommeil, ou non isolée, associée à d'autres symptômes.

### 1. L'énurésie isolée

La physiopathologie de ces anomalies n'est pas encore connue. L'énurésie est dite isolée car elle n'est associée à aucun autre trouble (miction impérieuse, fuite diurne, pollakiurie, dysurie).

- L'énurésie isolée peut être primaire (forme la plus fréquente): trouble pouvant entraîner un inconfort personnel, familial et social.

- L'énurésie isolée peut être secondaire, faisant suite à la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur, à la séparation des parents, à un déménagement, au décès d'un proche... les antécédents familiaux sont beaucoup plus rares, et on ne note pas de disparité entre les sexes.

### 2. L'énurésie non isolée

L'énurésie peut être associée à des fuites dans la journée, à une encoprésie...

Ce trouble correspond à des anomalies fonctionnelles de la vessie dont le trouble le plus fréquent est l'instabilité vésicale. Il peut également révéler un diabète.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il se pose essentiellement par rapport à l'incontinence diurne qui traduit l'existence d'une lésion organique, mécanique, nerveuse ou inflammatoire.

### 1. Affection urologique

Calculs de la vessie, cystite aiguë ou chronique, atrésie du méat, maladie du col vésical.

### 2. Affections neurologiques et/ou neuromusculaires

Polynévrite, myélite « *traumatique ou congénitale* », compression médullaire, spina-bifida.

### 3. Epilepsie nocturne

Beaucoup plus exceptionnelle, dont les crises passent inaperçues et qui ne se révèlent que par les mictions accompagnant les crises. Un EEG au besoin pendant le sommeil viendra lever le doute.

### 4. Autres pathologies organiques

Polyurie des maladies métaboliques « exemple: diabète ».

## ASPECTS PSYCHO DYNAMIQUES

-Il est difficile de dégager des mécanismes généraux, valables dans tous les cas (l'énurésie n'étant qu'un symptôme, voire un syndrome dont le déterminisme et la signification varient en fonction de l'histoire de chaque enfant) [4].

- Afin d'appréhender ce trouble dans sa profondeur, il est important de préciser la structure psychique de l'enfant dans laquelle il s'intègre, afin de ne pas interpréter par exemple en fonction de critères névrotiques, l'énurésie d'un enfant psychotique, ou inversement.

De façon générale, trois grands pôles sont à retenir:

- *Un pôle dépressif* ; à la fois cause et conséquence de l'énurésie;
- *Un pôle agressif* : sous-tendant le plaisir passif de l'énurésie (plaisir de laisser-couler);
- *Un autre pôle agressif* : dans lequel, l'énurésie prend une fonction d'affirmation et de revendication phallique.

- Concernant la structure névrotique de l'enfant, l'énurésie traduit une difficulté d'accès à la dynamique œdipienne. La rivalité pouvant exister dans la fratrie, jouera le rôle de facteur déclenchant ou de maintien de l'énurésie (l'enfant, par ce symptôme, s'identifie au puiné, car supposé plus aimé que lui).

## LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE

### 1. L'interrogatoire

Il s'adresse à l'enfant et à ses parents, et constitue une étape importante, aussi bien pour le diagnostic que pour la prise en charge et permet :

- De connaître le moment et les modalités d'acquisition de la propreté, tant pour l'enfant que pour les autres membres de la famille, ainsi que les caractéristiques du symptôme (ancienneté, sa rythmicité, son vécu par l'enfant et sa famille, etc). La propreté est acquise en général, entre 2 et 4 ans). Ceci permet de distinguer énurésie primaire et énurésie secondaire;
- D'explorer l'environnement de l'enfant (surtout dans l'énurésie secondaire);
- De faire raconter les habitudes: rituels du coucher, boissons, port de couches, chambre partagée (frère ou sœur, parents), refus des toilettes à l'école (trop sales, trop froides);
- De connaître la famille : milieu socioprofessionnel, mode de vie, rang de l'enfant dans la fratrie;
- D'apprécier le comportement de l'enfant hors du milieu familial (le trouble persiste-t-il ?);
- D'apprécier la qualité du sommeil, l'hygiène de vie, la scolarité, le caractère conscient ou inconscient des mictions, la présence de troubles mictionnels diurnes (pollakiurie, impériosité, puissance et qualité du jet) et/ou des infections urinaires.

### 2. L'examen clinique

- On observe l'enfant qui se déshabille: port de protection contre les fuites, culotte mouillée.
- L'inspection permet de rechercher d'éventuelles cicatrices évocatrices d'une chirurgie urologique.
- La palpation abdominale peut argumenter une rétention stercorale, mais l'examen doit surtout porter sur le périnée (aspect des organes génitaux, dermite étendue, vulvite, etc.).
- L'objectif de l'examen est de s'assurer de l'absence d'anomalie neurologique et de signes de dysgraphie.

### 3. Les examens complémentaires

- Le thérapeute, est toujours devant le dilemme suivant : faire trop ou trop peu d'investigations. La réalisation systématique de quelques examens simples, évite de faire des erreurs et d'être trop invasif [5] :
- Bandelette réactive: leucocytes et nitrites, sang, glucose, protéines, densité, pH ;
- Echographie, cystographie : devant le caractère fébrile des infections urinaires et qui pose le problème d'un reflux vesico-ureteral ;
- Mesure de la pression artérielle;
- La notion d'une polyurie évoque une tubulopathie, avec trouble de concentration (la courbe de croissance peut étayer ce diagnostic, s'il existe une cassure);
- Dans certaines situations : recueil des urines des 24 heures : volume, osmolarité.

### 4. La collaboration se fait :

#### a. Avec les parents

- Explication du fonctionnement vésico-sphinctérien [6];
- Déterminer leur rôle, afin d'aider l'enfant à se prendre en charge (créer un état d'esprit tel, que les parents contribuent à gérer le problème sans trop d'implication affective: surprotection, colère, escalade et bras de fer, fascination), et en visant à ce que l'enfant (re)devienne propriétaire de son corps et de l'éventuel désir de changer;
- Auto analyse des parents et prise de conscience d'un compor-

tement inadapté et parfois nocif, mise en évidence des éléments cognitifs qui les perturbent;

- Entente du couple face à l'éducation de l'enfant.

#### b. Avec la fratrie

- Analyse de leurs attitudes face à l'enfant, et éventuellement les amener à le modifier.

#### c. Avec l'enseignant

- L'informer du problème;
- Expliquer son rôle : surveiller si nécessaire, les mictions au cours des récréations;
- L'intégrer dans la prise en charge, et mettre l'accent sur son attitude renforçatrice positive, nécessaire;
- Accepter de répondre aux items.

### 5. Conditions de prise en charge

- Accord préalable de l'enfant pour participer au traitement;
- Etablissement d'une relation de confiance, entre l'enfant et le thérapeute;
- La non compliance des parents, entraînera la non implication de l'enfant;
- Information du fonctionnement vésico-sphinctérien;
- Déramatisation du problème;
- Rôle actif de l'enfant : il doit être à l'écoute de son corps;
- Hygiène;
- Analyse fonctionnelle;
- Fixer des objectifs et un contrat à respecter;
- Renforcement positif au cours du traitement;

### 6. Prise en charge proprement dite

- En dehors d'une recherche d'une étiologie organique, il ne faut pas intervenir avant l'âge de 5 ans.

#### a. Énurésie nocturne isolée primaire

##### \* Mesures éducatives et hygiéniques pour l'enfant :

- Le rassurer en lui expliquant que le trouble va disparaître avec le temps et que certains de ses copains de classe sont dans le même cas ;
- Installer une veilleuse en cas de peur nocturne ;
- Positionner un pot près de son lit ;
- Le faire uriner avant le coucher ;
- Supprimer les couches qui donnent une impression de sécurité;
- Réduire sa consommation de boissons en soirée ;
- Ne pas le réprimander à ce propos ;
- Faire noter ses progrès sur un calendrier et introduire un système de récompense.
- En cas de contrôle insuffisant, un traitement peut être associé.

##### \* Traitement comportemental :

- Systèmes d'alarme type «pipi stop» (conduction électrique de l'urine). En cas de miction, ils émettent un signal qui doit être interrompu par l'enfant. Ce système, repose sur l'anticipation et la prise de conscience du besoin.

##### \* Traitement médicamenteux :

- La desmopressine (Minirin®, Minirinmelt®) analogue structural de l'hormone antidiurétique [ADH]), est le seul médicament ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'énurésie en France. Elle agit au niveau du tube collecteur et favorise la réabsorption d'eau. Il est conseillé de limiter les apports hydriques 1 heure avant et jusqu'à 8 heures après sa prise.
- Ce traitement doit être pris de façon régulière (majoration du

risque d'intoxication à l'eau). En cas de réponse satisfaisante (enfant énurétique), il doit être arrêté, après 3 mois, à la dose minimale efficace.

- En cas de rechute, le traitement peut être réenvisagé, après un délai de 2 mois : système d'alarme ou desmopressine.

- En cas d'échec de la desmopressine, le traitement peut être interrompu à tout moment ; il est alors possible de prescrire un système d'alarme ou un antidépresseur tricyclique.

- Les antidépresseurs tricycliques (hors AMM) sont efficaces, mais avec un taux élevé de rechute à l'arrêt (indiqués essentiellement dans le traitement de l'énurésie isolée nocturne primaire). Du fait de leur cardiotoxicité, ces traitements sont réservés, sous un contrôle médical strict, à certains adolescents motivés, et résistants aux traitements spécifiques [7-10].

- Les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine), sont indiqués essentiellement dans le traitement de l'énurésie isolée nocturne primaire (attention au risque de toxicité cardiaque). Leur mode d'action reste partiellement connu (ils diminueraient les contractions du détrusor et renforceraient le tonus du sphincter lisse urétral).

#### **b. Énurésie nocturne isolée secondaire**

Le traitement est le même que pour celui de l'énurésie isolée nocturne primaire. Une aide psychologique peut être utile, pour l'enfant et son entourage.

#### **c. Énurésie nocturne non isolée**

Dans le cas d'une énurésie nocturne non isolée, et que l'on suspecte un trouble mictionnel, on utilisera un médicament qui agit sur la coordination entre la vessie et son sphincter: oxybutinine (anti cholinergique).

### CONCLUSION

L'énurésie est un symptôme qui peut affecter le développement de l'enfant et que l'on rencontre soit de manière isolée, soit dans le cadre de certaines structures psychopathologiques. L'impact de l'énurésie sur la vie sociale et affective de l'enfant n'étant pas anodin, il est impératif de consulter rapidement. Pour qu'un traitement soit efficace, il faut que l'enfant ait une démarche active de «guérison» car sans motivation, le meilleur des traitements court à l'échec.

### RÉFÉRENCES

- 1. International Classification of Functioning.** Disability and Health – ICDH-2 website <http://www.who.int/icidh>.
- 2. Américain Psychiatric Association.** Critères diagnostiques Mini DSMIV, 1996.
- 3. Pillon F.** L'énurésie, un trouble fréquent et invalidant. Actualités Pharmaceutiques. 2010 - Elsevier Masson.
- 4. Golse B.** L'énurésie de l'enfant vue par un psychiatre, Journal de Pédiatrie et de Puériculture. March 1989; 2, Issue 2 : 92-94.
- 5. Cochat P, Meunier P, Di Maio M.** L'énurésie et les troubles mictionnels bénins de l'enfance. Diagnostic et prise en charge. Arch Pédiatr. 1995; 2 : 57-64.
- 6. Cottraux J.** Les thérapies comportementales et cognitives ; 3<sup>ème</sup> Edition. Médecine et psychothérapie. 1999.

**7. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, & Al.** Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. J Urol. 2004; 171 : 2545-61.

**8. Glazener CM, Evans JH, Peto RE.** Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev. 2003; CD002117.

**9. Aubert D, Berard E, Blanc JP, & Al.** Enurésie nocturne primaire isolée : Diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. Prog Urol. 2010; 20 : 343-9.

**10. Canadian Task Force on Preventive Health Care.** New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 2003; 169 : 207-8.