

Enurésie et troubles mictionnels



3^e journée pédiatrique d'Ariège
Lucas Percheron



Cas clinique

Mr et Mme Enu amènent leur fils Resi, 8 ans en consultation pour fuites nocturnes. Il présente 4 nuits mouillées par semaine.

Il avait réussi à passer 4 mois au sec en septembre

Cas clinique

On parle d'énuresie à partir de:

A. > 4 ans

B. > 6 ans

C. > 5 ans

D. > 8 ans

E. > 10 ans

Cas clinique

Quels signes fonctionnels sont à rechercher?

- A. Constipation
- B. Signes fonctionnels neurologiques
- C. Polydipsie
- D. Antécédents familiaux
- E. Tous

Cas clinique

R., 8 ans,

4 fuites nocturnes/semaine, 4 mois sans fuites

Quel est votre diagnostic?

- A. Enurésie primaire isolée sévère
- B. Enurésie secondaire modérée
- C. Enurésie primaire modérée
- D. Dyssynergie vésico-sphinctérienne
- E. La réponse E

Cas clinique

Quels examens complémentaires sont à réaliser en première intention?

- A. ECBU
- B. Echographie rénale
- C. Débitmétrie
- D. Cystographie rétrograde
- E. Aucun

Cas clinique

Traitement de R. ?

A. Attendre

B. Desmopressine

C. Alarme de type pipi-stop

D. Conseils comportementaux seuls

E. La réponse E



LES TROUBLES MICTIONNELS

Définitions

- L'énurésie:
 - incontinence intermittente durant le sommeil
 - enfant > cinq ans
 - Le terme d'énurésie diurne doit être évité.
- Primaire si
 - Pas de période de continence > six mois
- Isolée si
 - aucun autre symptôme

Evaluation

- En premier: éliminer une **constipation**

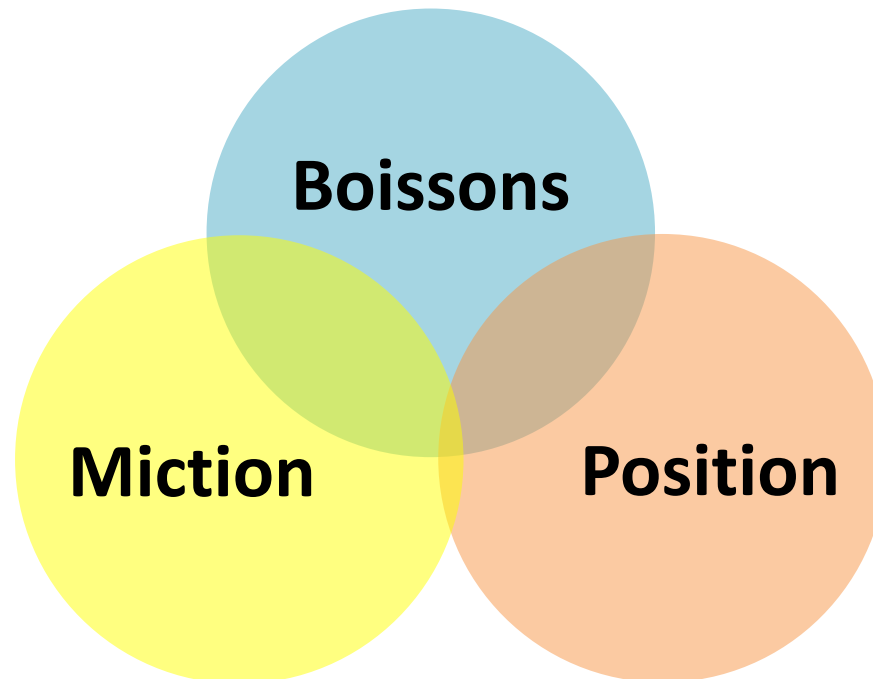


Evaluation

- En premier: éliminer une **constipation**
- **CATALOGUE MICTIONNEL:**
 - 2 jours de suite
 - Volume et horaire des boissons et des mictions

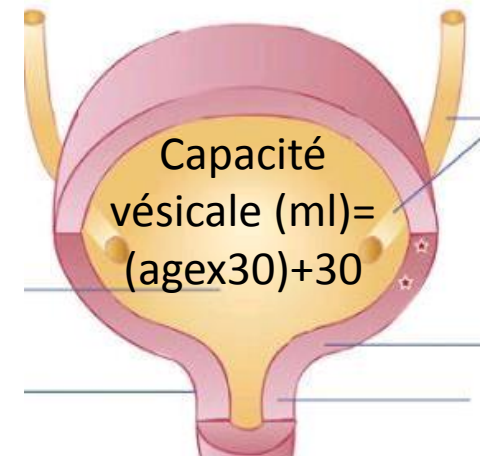
Evaluation

- En premier: éliminer une **constipation**
- **CATALOGUE MICTIONNEL**
- **Les 3 « ons »:**

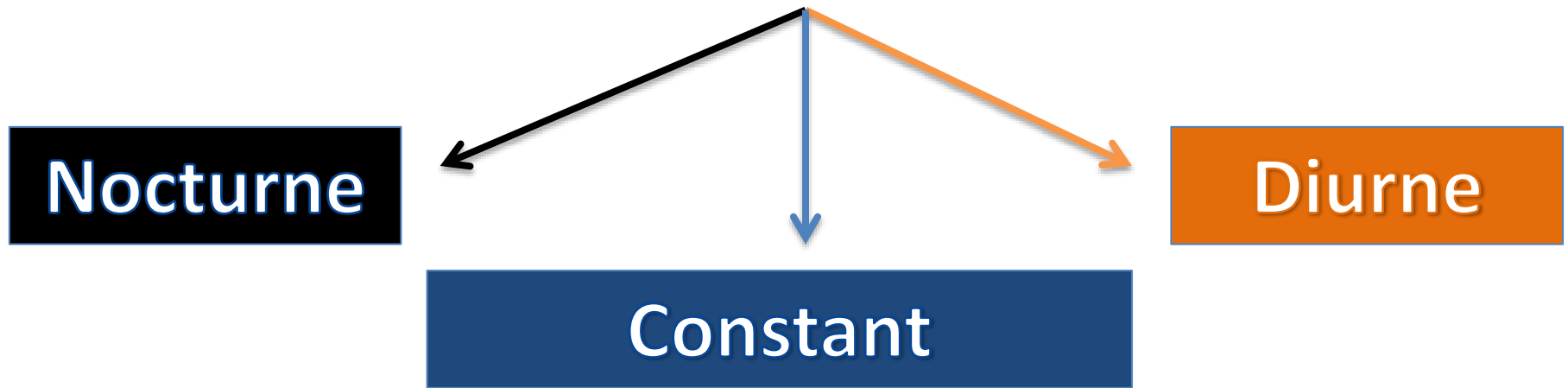


Evaluation

- **En cas de fuites diurnes / constantes:**
 - Catalogue mictionnel:
 - Volume mictionnel comparé à la capacité vésicale
 - BU:
 - densité urinaire
 - +/- calciurie
 - Echographie rénale:
 - aspect vésical
 - Résidu post-mictionnel



Troubles mictionnels



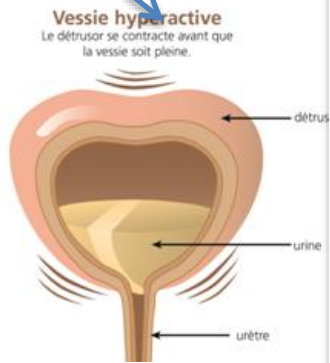
Troubles mictionnels

Nocturne

Diurne

Constant

Pollakiurie -urgenterie



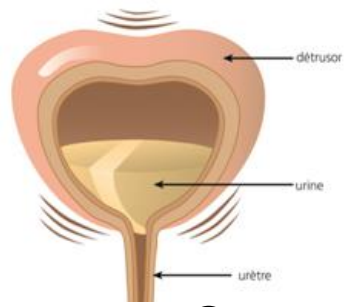
Vessie hyperactive
Le détrusor se contracte avant que la vessie soit pleine.



Vessie neurologique

- Association de fuites et de retentions
- Importance d'un examen neurologique complet
- PEC multidisciplinaire
 - Autosondages
 - Traitement des infections urinaires

Vessie hyperactive
Le détrusor se contracte avant que
la vessie soit pleine.



Vessie hyperactive

- Souvent secondaire
- Filles entrant à l'école
- Urgenturie+++ , pollakiurie, accroupissement
- Fuites de petite quantité
- Traitement:
 - Comportemental
 - Biofeedback
 - Oxybutynine (ditropan) ou tolterodine (detrusitol)



Troubles mictionnels

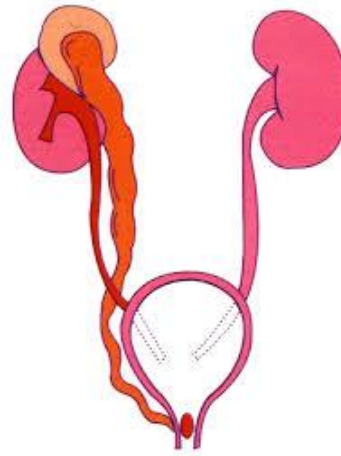
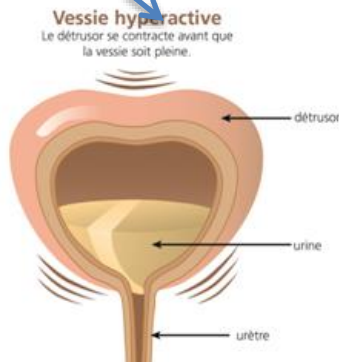
Nocturne

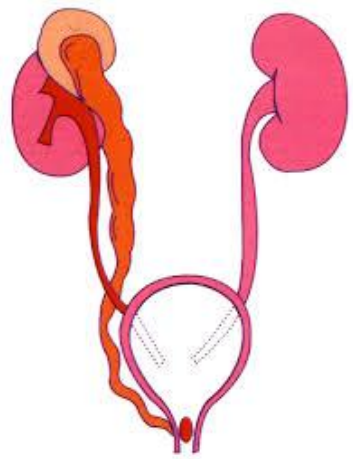
Diurne

Constant

Pollakiurie -urgenterie

Miction conservée





Uretère ectopique

- Malformation urologique rare
- Infections urinaires fréquentes
- Échographie +/- TDM
- Cystographie à discuter
- Avis chirurgical

Troubles mictionnels

Nocturne

Diurne

Constant

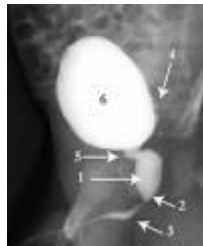
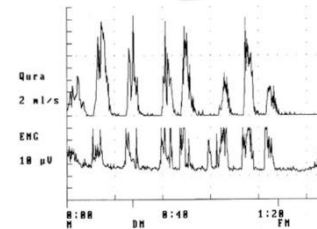
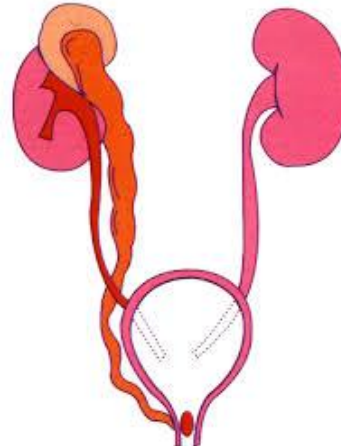
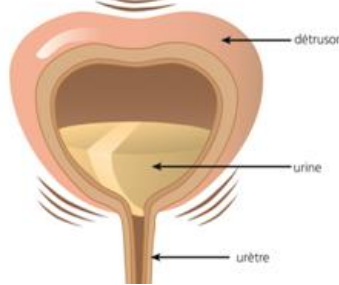
Pollakiurie -urgenterie

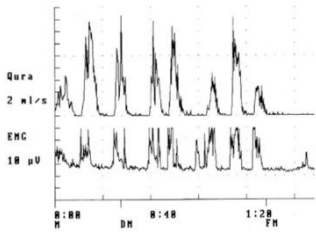
Miction conservée

Dysurie – à l'effort



Vessie hyperactive
Le détrusor se contracte avant que la vessie soit pleine.





Obstacle sous vésical



- **Obstacle fonctionnel:**

- Dyssynergie vésico-sphinctérienne

- Souvent complication d'une vessie hyperactive chronique
 - Miction hachée, infections urinaires
 - Echographie: vessie de lutte

- Vessie paresseuse:

- Grande vessie, jet faible, contraction abdominale
 - Parfois utilisation d'antagoniste alpha (xatral)

- **Obstacle organique:**

- Valves de l'urètre postérieur

- urétérocèle

Troubles mictionnels

Nocturne

Diurne

Constant

Reaction au stress

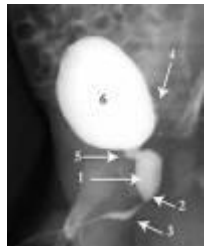
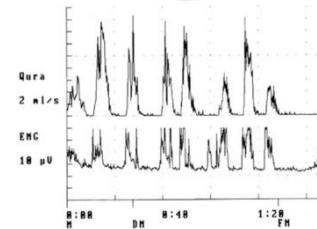
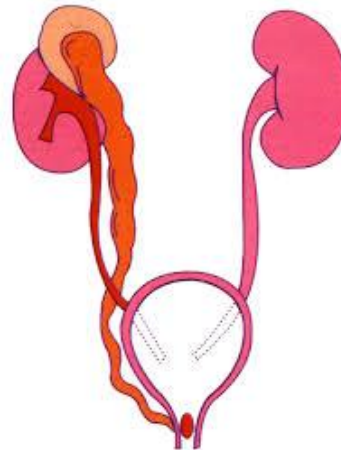
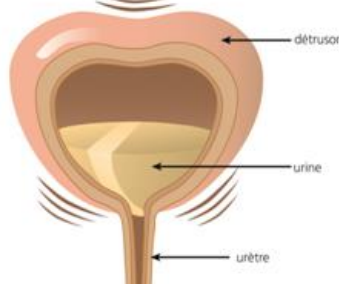
Pollakiurie -urgenterie

Miction conservée

Dysurie – à l'effort



Vessie hyperactive
Le détrusor se contracte avant que la vessie soit pleine.



Fuites diurnes

- Fuites de petite quantité
- Pendant l'effort, le rire
- Correction: mesures comportementales

Troubles mictionnels

Nocturne

Diurne

Constant

Enurésie primaire

Reaction au stress

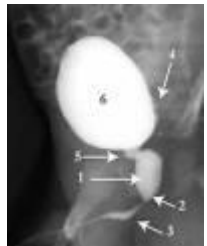
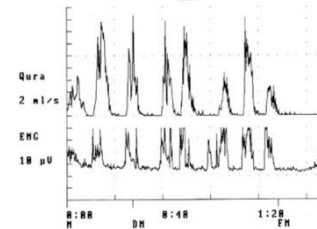
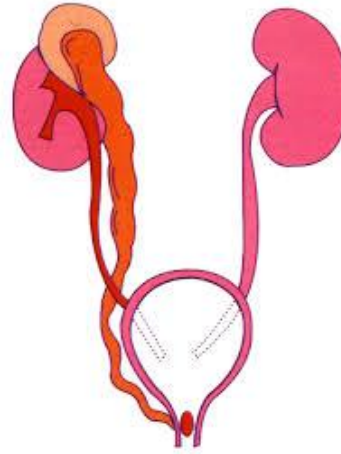
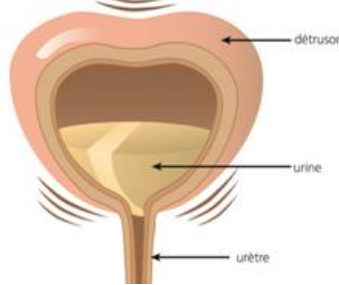
Pollakiurie -urgenterie

Miction conservée

Dysurie – à l'effort



Vessie hyperactive
Le détrusor se contracte avant que la vessie soit pleine.



Enurésie

production rénale

>

capacité de remplissage de la vessie

Enurésie

- 10% des enfants de 5 à 10 ans
 - Incontinence intermittente pendant le sommeil
- Primaire (6 mois) **80%**
- Isolée (pas d'autres symptômes) **Fuites diurnes**
- Sévère ou non **➤ À 3J / SEMAINE**

2 formes

- Polyurique pure



Philippe C., Méd. Enf., 2007, 27 : 139-46.

- A capacité vésicale réduite



Saedi N, Pediatr Nephrol 2003; 18: 894–897.

Causes

- Enurésie primaire:
 - Facteurs génétiques:
 - 60% d'ATCD familiaux
 - 77% de risque si les 2 parents étaient énurétiques
 - Seuil d'éveil plus élevé

Von Gontard A, *Pediatr. Nephrol.* 1999; 13 : 662-667
Wolfish N.M, *J. Urol.* 2001 ; 166 : 2444-2449

- Enurésie secondaire:
 - évènements psychoaffectifs

Philippe C., *Méd. Enf.*, 2007, 27 : 139-46.

Epidémiologie

- Sur 3308 enfants scolarisés:
 - 11,2% enurésie chez les 5 –7 ans
 - 3% chez les adolescents
- Garçons (2/1)
- 46% sévères



Troubles associés

- Encombrement ORL – Apnées du sommeil
- TDAH
 - 20% des enfants TDAH ont une énurésie
 - 10% des enfants énurétiques ont un TDAH

Repercussions

Comment les enfants énurétiques vivent-ils leur maladie ?³



86%

*déclarent être gênés
par l'énurésie*

63%

*avouent n'avoir jamais
parté de leur problème à leurs amis*



77%

*souhaitent
se confier
à leur mère*

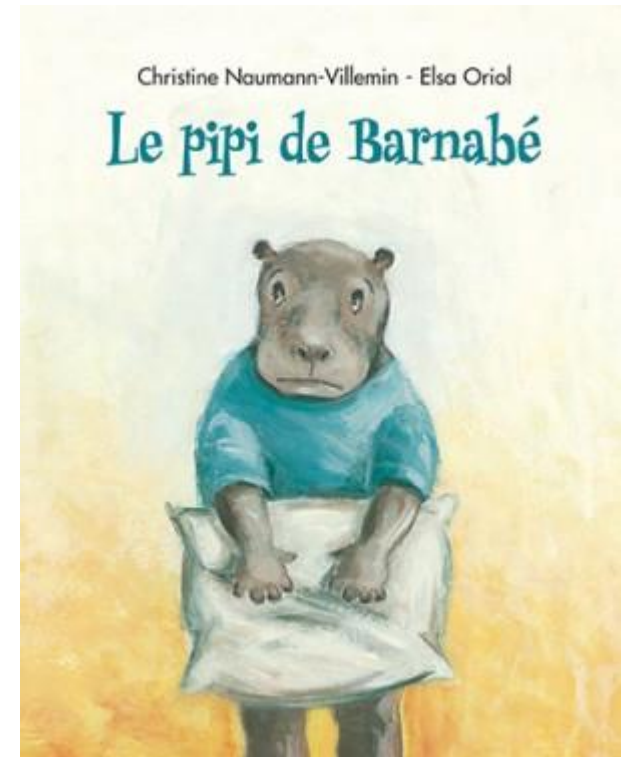


59%

*estiment utile
d'en parler
à un médecin*

Repercussions

- Baisse de l'estime de soi
 - Culpabilité 39%
 - Difficultés scolaires 28%
- Répercussions socio-familiales
 - isolement



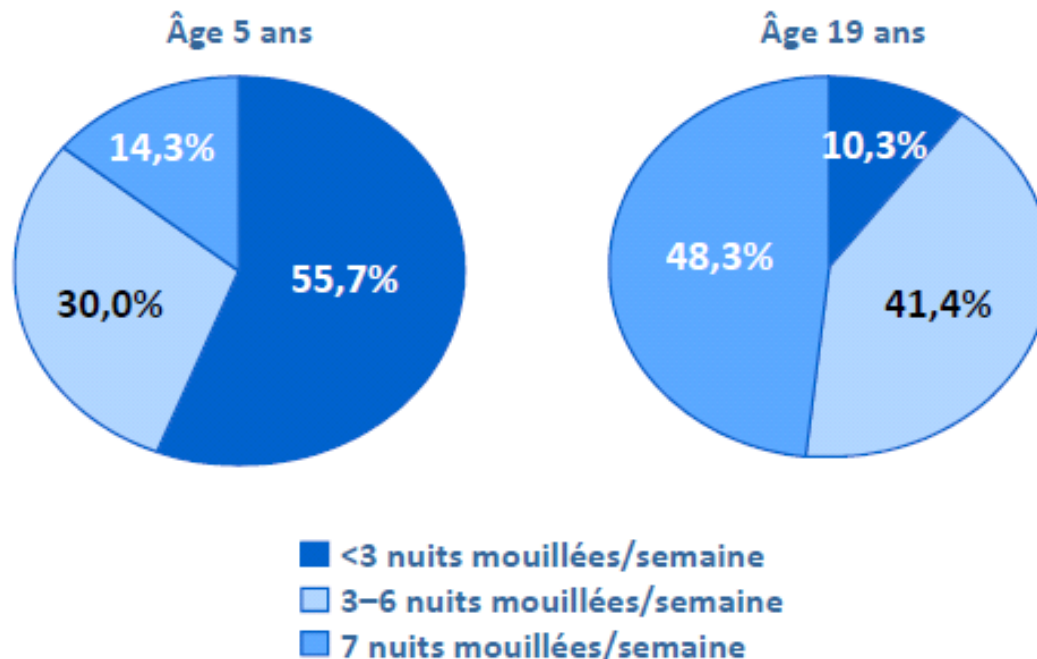
diagnostic

- Clinique uniquement
- Echographie et bilan inutile
- Calendrier mictionnel






évolution

- 15% de guérison par an
- Présent chez 2,2% des adultes



Traitement



 Si ta nuit a été sèche : dessine un beau soleil
 Si ta nuit a été mouillée : dessine un nuage
 Si tu as pris ton traitement, mets une croix dans la petite case
 À la fin de chaque semaine, inscris le nombre de soleils

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total nuits sèches
1^{ère} semaine							
2^{ème} semaine							
3^{ème} semaine							
4^{ème} semaine							

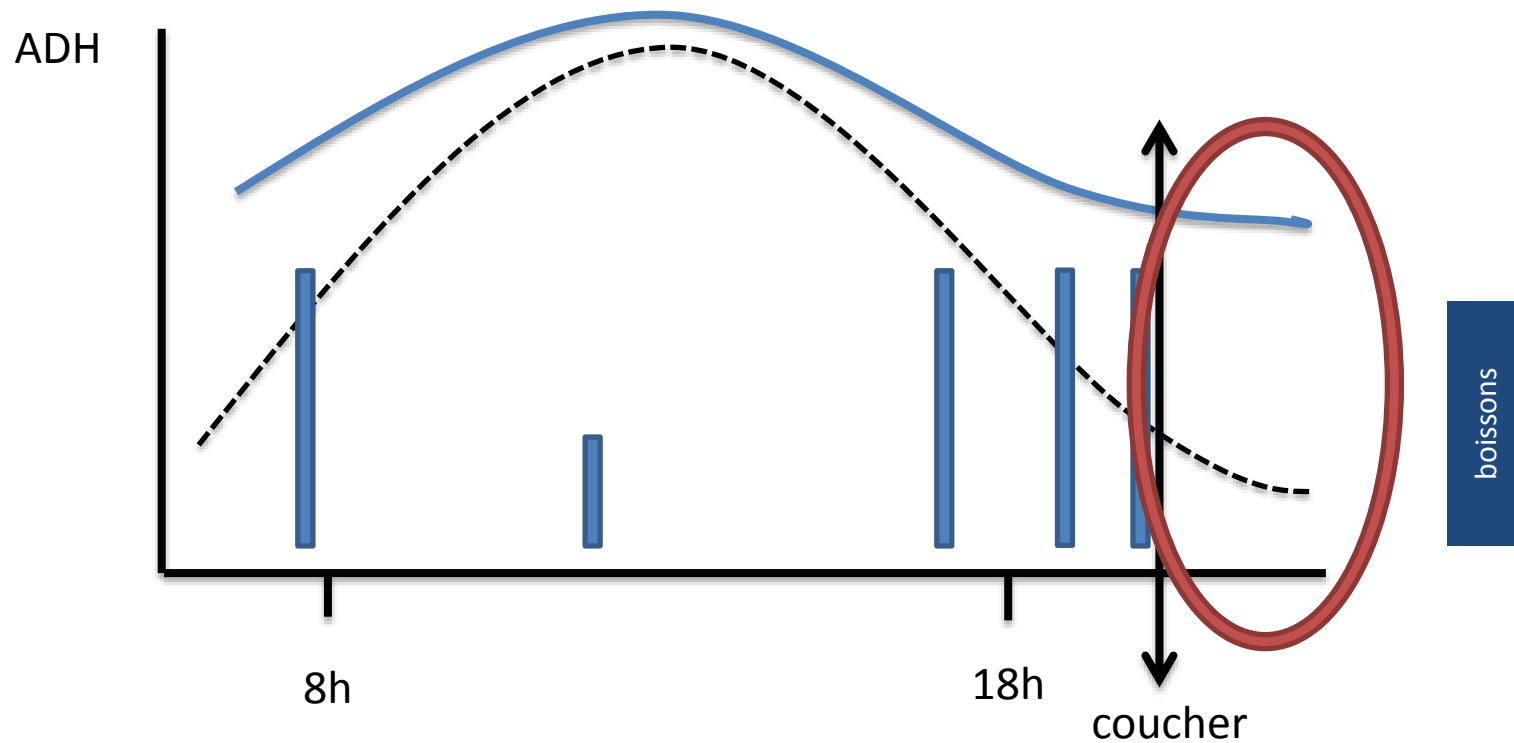
Rendez-vous d'évaluation prévu le Mois de

Traitement



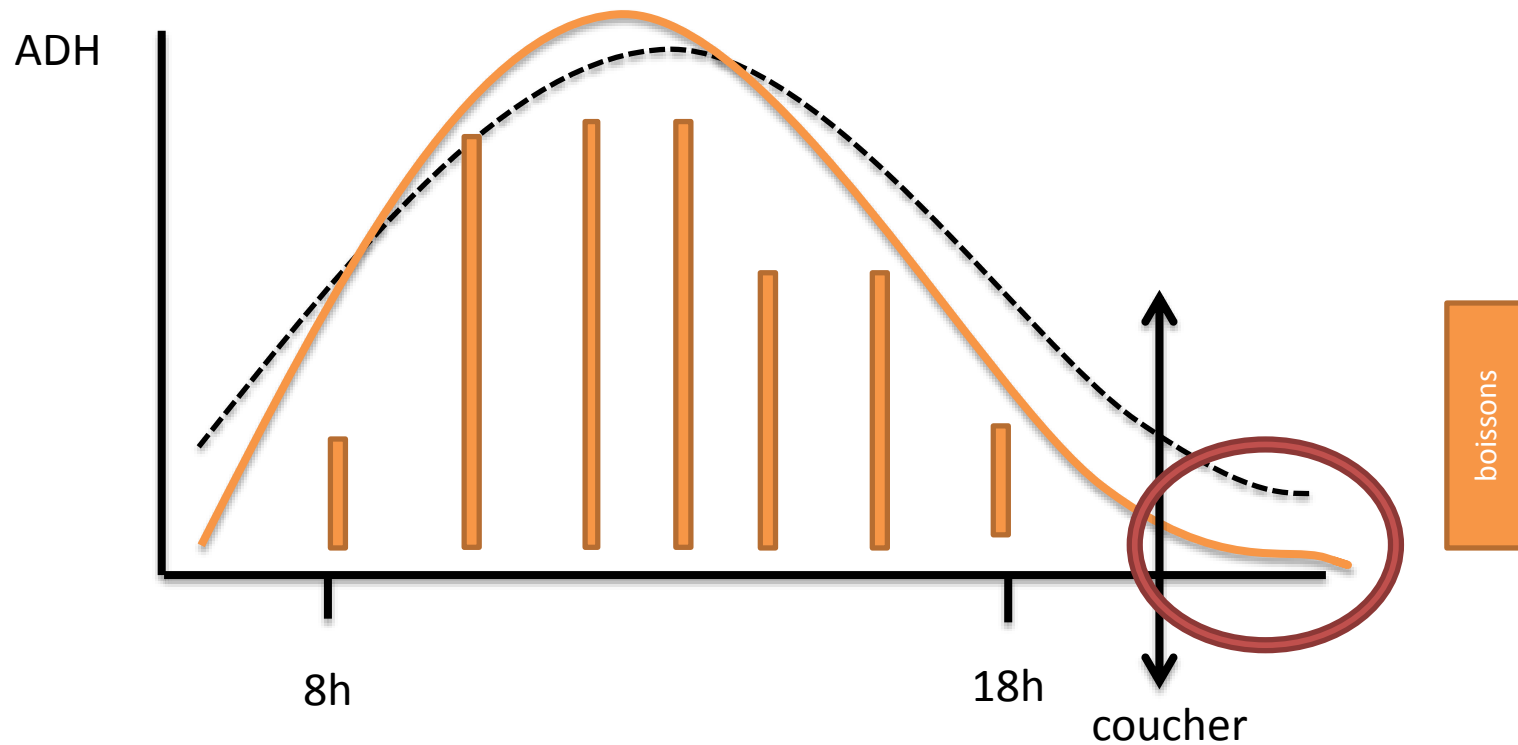
Traitement

- **Règles hygiéno-diététiques:**
 - Les boissons



Traitement

- **Règles hygiéno-diététiques:**
 - Les boissons



Traitement

- **Règles hygiéno-diététiques:**

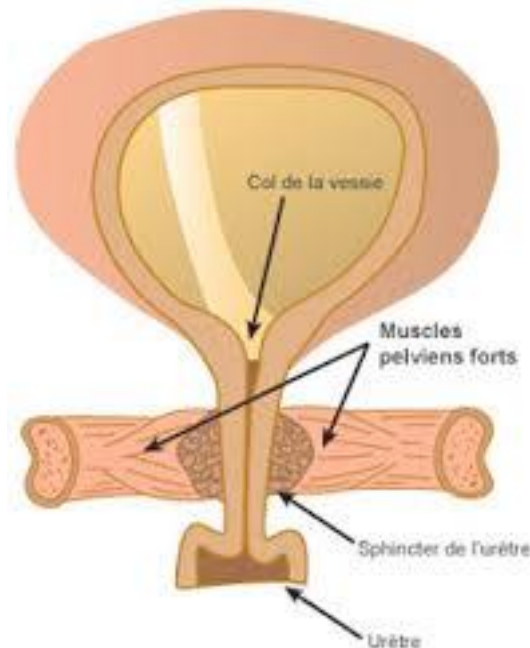
- La miction

Redimensionner la vessie:

Ne pas se retenir

Remuscler la vessie:

6 à 8 mictions par jour



Réducation du detrusor:

Bonne position
Pas de poussée abdominale

Traitement

- **Systeme d'alarme**



Traitement

- **Systeme d'alarme**
 - Le plus efficace (70%)
 - Le plus contraignant
 - 3 mois



Traitement

- **Desmopressine:**
 - Analogue synthétique de l'ADH
 - Dose dépendant
 - Diminue le débit urinaire nocturne
 - 60% de succès, bonne tolérance
 - Céphalées, nausées
 - Rechute possible
 - Cures de 3 mois
 - **Bien respecter la restriction hydrique**
 - 1h avant et 8h après



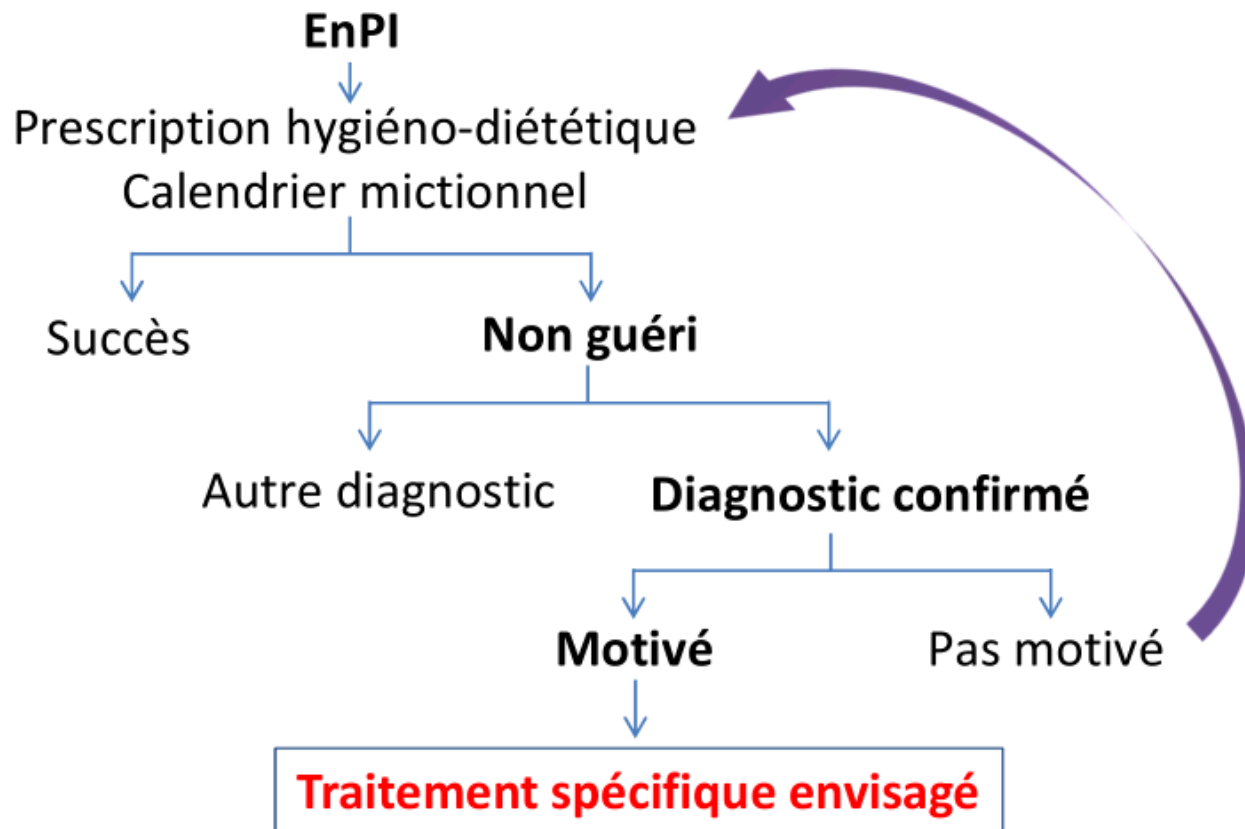
Traitement

- **Oxybutine:**
 - En seconde intention
 - Si faible capacité vésicale



Traitement

- Plan d'action



Traitement

- **SI traitement spécifique:**
 - Polyurie:
 - Essai Desmopressine possible
 - 120 puis augm progressive → 240
 - Système d'alarme
 - Vessie à capacité réduite:
 - Pas d'intérêt de la Desmopressine
 - Alarme +
- Ne pas passer à coté d'une instabilité vésicale

Traitement

- Et surtout:
 - Rassurer
 - Soutenir l'enfant
 - Ne pas banaliser
 - L'impliquer dans la prise en charge
 - Le déculpabiliser

Cas clinique

Une prise en charge comportementale a été réalisée pendant 6 mois et bien suivie par Resi.

Il persiste 3 nuits mouillées par semaine.

La tolérance psychologique est bonne.

Traitement?

A. Ditropan

B. Desmopressine

C. Alarme de type pipi-stop

D. Poursuivre conseils comportementaux seuls

E. La réponse E

Cas clinique

Une prise en charge comportementale a été réalisée pendant 6 mois et bien suivie par Resi.

Il persiste 3 nuits mouillées par semaine.

La tolérance psychologique est **MAUVAISE**.

Traitement?

A. Ditropan

B. Desmopressine

C. Alarme de type pipi-stop

D. Poursuivre conseils comportementaux seuls

E. La réponse E

Cas clinique

Une prise en charge comportementale a été réalisée pendant 6 mois et **MAL** suivie par Resi.

Il persiste 3 nuits mouillées par semaine.

La tolérance psychologique est bonne.

Traitement?

A. Ditropan

B. Desmopressine

C. Alarme de type pipi-stop

D. Poursuivre conseils comportementaux seuls

E. La réponse E

TAKE HOME MESSAGES

- Enurésie primaire:
 - Eliminer constipation/trouble de l'éveil
 - Pas d'examens complémentaires
 - Impact sur la vie personnelle et familiale
 - Règles hygiéno-diététiques en 1re intention
 - Si échec: alarme ou Desmopressine



**Merci pour
votre attention**

