

Enurésie de l'enfant

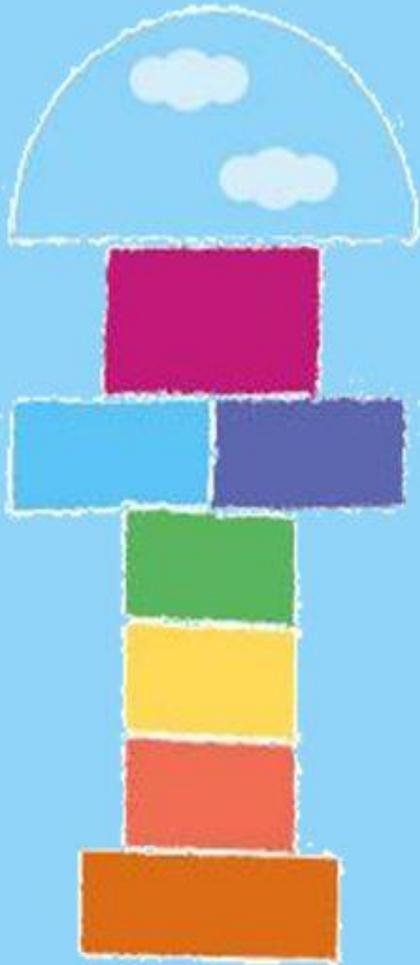


DR KORICHE NABILA

Plan:

- I. Définition
- II. Intérêt de la question
- III. Physiopathologie
- IV. Prise en charge





Définitions

Qu'est ce que l'énurésie chez l'enfant?:

- Il s'agit classiquement d'une perte involontaire et intermittente d'urine , d'origine fonctionnelle, survenant plus volontiers la nuit après l'âge de 5 ans

- Il faut que l'enfant mouille régulièrement son lit, plus de 02/semaine après l'âge :
 - 5 ans fille.
 - 6 ans garçon

❖ Peut être: primaire.
 secondaire.

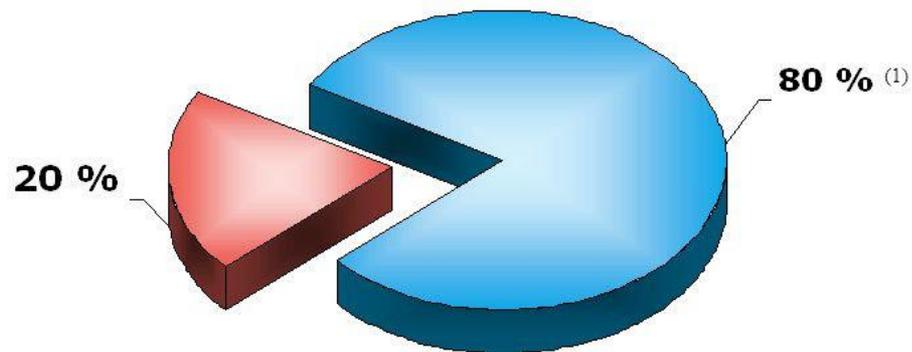
❖ Nocturne parfois diurne pendant le sommeil
(sieste)

- **Enurésie primaire**: si l'enfant n'a jamais eu de période de continence durant le sommeil d'au moins 6 mois. une affection banale, de loin la cause la plus fréquente des énurésies. Elle ne justifie d'aucun examen complémentaire, mais uniquement d'un bon examen clinique et la pratique d'une bandelette urinaire

- **Enurésie secondaire** :s'il existe une reprise de l'énurésie après 6 mois de contrôle mictionnel ,

Répartition Énurésie Nocturne Primaire/ Énurésie Nocturne Secondaire

- Énurésie Nocturne Primaire
- Énurésie Nocturne Secondaire



(1) Barthe P et Barret F. Aspects cliniques. In: Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant. Cochat P Elsevier 1997 : 83-88.

Intérêt de la question

- 1-motif fréquent de consultation en pédiatrie
- 2-15-20% des enfants de 05 ans
- 3-elle diminue ensuite régulièrement de 10-15% par année d'âge
- 4-prédominance masculine
- 5-diagnostique clinique
- 6-prise en charge pluridisciplinaire

Acquisition du contrôle vésico-sphinctérien



Test de développement de Gesell *et al* ⁽¹⁾

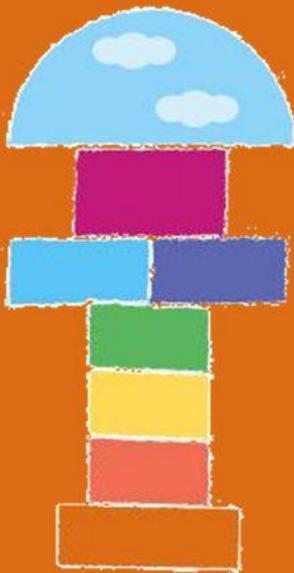
- **À 18 mois** : L'enfant indique quand la culotte est mouillée
- **À 24 mois** : Propreté diurne acquise
- **À 36 mois** : Propreté acquise la nuit avec l'aide des parents
- **À 42 mois** : Propreté acquise de manière autonome bien que

des incidents nocturnes puissent survenir épisodiquement jusqu'à 5-6 ans



Il est convenu de ne considérer l'Énurésie Nocturne comme « pathologique » qu'après l'âge de 5 ans ⁽²⁾

Énurésie Nocturne Isolée



Physiopathologie

Physiopathologie

CAPACITÉ VÉSICALE REDUITE (1)

POLYURIE NOCTURNE (1,2)

Déficit relatif de la sécrétion nocturne de l'ADH

**Énurésie Nocturne
Isolée**

**PATHOLOGIE
MULTIFACTORIELLE**

HÉRÉDITÉ (1,4)

Risque d'être énurétique

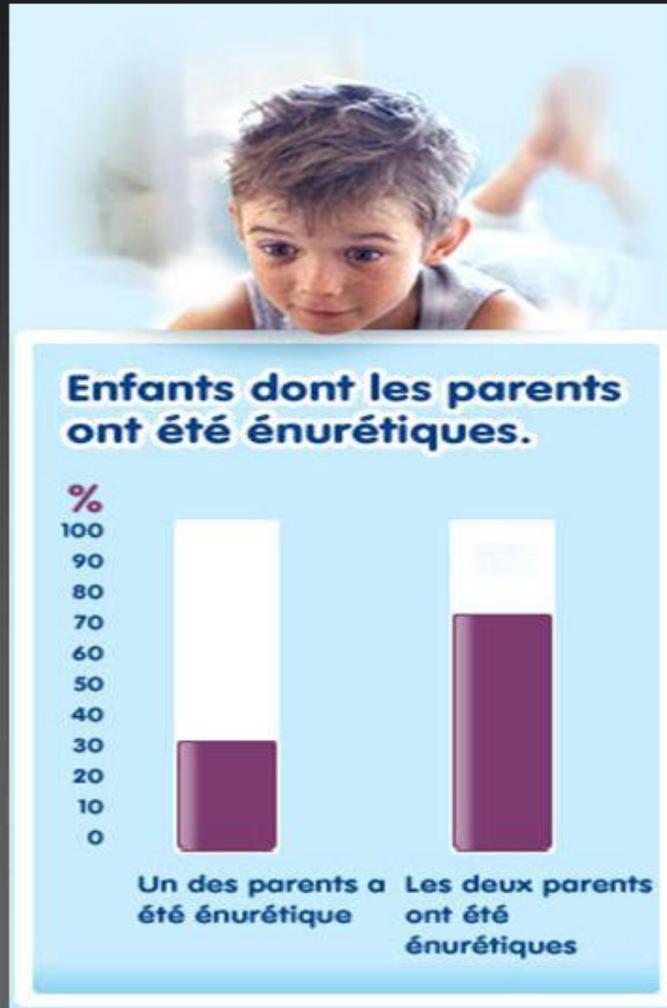
- 77 % si les deux parents étaient énurétiques
- 44 % avec un parent énurétique
- 15 % dans la population générale

**FACTEURS
PSYCHOLOGIQUES (3)**

CAPACITÉ D'ÉVEIL DIMINUÉE (1)

(1) Fleckbach M. Urthèses pathologiques. In: Cochet P. Français, et troubles mictionnels de l'enfant. Elsevier Ed 1997 : 89-96

1- L'hérédité



- **Facteur familial et génétique:**

Très probablement un facteur déterminant lorsque les deux parents ont été énurétiques, le trouble affecte 77 % des enfants. La proportion tombe à 44 % si une histoire d'énurésie n'est retrouvée que chez un seul parent et à 15 % en son absence

- **Facteurs psychologiques :**

- *Conflits familiaux*

- *Deuil*

- *Naissance*

- *Difficulté scolaire*

*L'enfant énurétique peut être agressif
opposant ou timide

- **Facteur vésical : immaturité vésicale**

Il est représenté par la notion d'hyperactivité vésicale, Physiologique dans les premières années de la vie, son prolongement dans le temps répond au syndrome d'immaturité vésicale.

Cliniquement :impériosité et pollakiurie(la classique culot mouillée),plus fréquente chez les filles à cause de la brièveté de son urètres qui lui offre moins de possibilité de résisté à l'hyperpresion vésicale

- *Autres facteurs:*

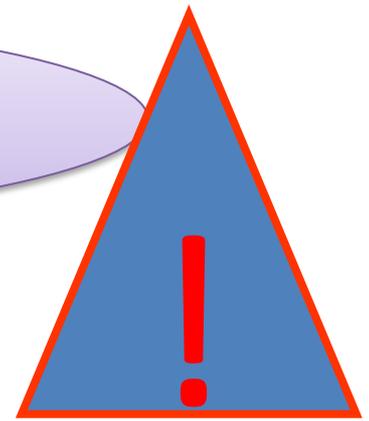
- les troubles du sommeil .
- Facteur hormonal : défaut de sécrétion de l'hormone antidiurétique (ADH)
- La constipation chronique
- L'encoprésie

Classification:

Forme polyurique

**Forme avec faible capacité
vésicale**

Attention !!



- Et des signes diurnes à l'éveil.
 - Dysurie /Pollakiurie (l urinaire)
 - Incontinence urinaire
 - Syndrome polyuro-polydipsie
- Des signes exprimant des affections organiques qu'il faut impérativement éliminer.
- L'anamnèse et un ex clinique et para cliniques simples vont nous aider .

Prise en charge:

A/ traitement non spécifique:

- Responsabiliser motiver et impliquer l'enfant dans la prise en charge de son énurésie
- Rassurer l'enfant et le déculpabiliser
- Diminuer d'une manière importante les boissons à partir de 18 heures
 - Renoncer aux couches
 - Faire participer l'enfant au nettoyage matinal
- la tenue par l'enfant lui-même d'un calendrier sur lequel il note les nuits sèches et mouillées peut être une manière de le faire participer à la prise en charge de son énurésie, en le valorisant autant que possible

Traitements non médicamenteux : Conseils hygiéno-diététiques



Traitement d'une éventuelle constipation associée

Au réveil	Pendant la journée	Au dîner	Au coucher
<ul style="list-style-type: none">• <i>Noter dans le calendrier mictionnel : Nuits sèches Nuits mouillées</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Boire suffisamment</i>• <i>Aller régulièrement aux toilettes</i>• <i>Ne pas essayer de se retenir</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Limiter les boissons (un seul verre d'eau)</i>• <i>Éviter les boissons diurétiques ou gazeuses</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Aller vider sa vessie</i>• <i>Essayer de proposer la suppression des couches</i>

+ *En fonction de la famille, proposer un lever nocturne, au moment où les parents vont se coucher*

B/traitement spécifique:

B-1:les médicaments:

- **la desmopressine** (lyophilisat de 60, 120,240 µg, Minirin melt®) indiqué dans la forme polyurique. Elle augmente le pouvoir de concentration des urines commel 'ADH. Le taux de répondeurs est de 60 à 70 % à 6 mois sous traitement.

*Ce traitement peut être dangereux si la restriction hydrique le soir n'est pas respectée, car il existe dans ce cas un risque d'intoxication par l'eau et donc de dysnatrémie.

Modalités administration

- Administration sous surveillance d'un adulte
- Respecter restriction hydrique vespérale:
 - 01 heure avant et 08 heures après la prise
 - -Prise unique, une heure avant le coucher, en sublinguale
 - Effets secondaires:
 - Céphalées 2%,
 - Réactions locales 1%,
 - Douleurs abdominales 1%,
 - Autres : vertiges, modification sommeil et de l'appétit, troubles digestifs, anomalies cutanées, troubles oculaires

- **l'oxybutynine (Ditropan® , Driptane®)** est un anticholinergique qui agit principalement sur le détrusor en diminuant ses contractions non inhibées.

*Il est indiqué si on pense à une capacité vésicale réduite.

- **Antidépresseurs tricycliques/Imipramine**

*Abandonnés vu effets secondaires / cardiotoxicité

risque d'intoxication accidentelle.

taux élevé de rechute à l'arrêt

B-2: les moyens physiques

- les systèmes d'alarmes (Pipi stop®) sont constitués de couches spéciales branchées à un système sonore qui se met en action dès les premières gouttes d'urines. L'enfant est réveillé avant la miction. Des publications ont conclu à leur efficacité dans 60 à 80 % des cas sur une moyenne d'utilisation de 3 mois ;



- **Exercice de kegel:** rééducation mictionnelle

On dit à l'enfant; imaginer que tu es assis sur la cuvette des toilette et essayer de retenir le jet urinaire pendant 5 seconde et uriner puis refait cet exercice plusieurs fois « stop and go »

Attention !!

- La prise en charge consiste à éliminer toute pathologie organique qui doit être suspectée devant des signes diurnes .
- Seul l'enurésie (polyurie nocturne) répond au TRT hormonale et les échecs du traitement sont souvent dus aux:
 - Vessies réduites : bip sonore
 - Problème d'éveil: TRT ?
 - D'instabilités vésicale: l'oxybutine

conclusion

L'énurésie est un trouble bénin
mais grave qui a des
retentissements psychologiques et
familiales importantes
Et sous estimées ,il est donc
nécessaire de le prendre au sérieux



MERCI DE VOTRE ATTENTION

