

# Mon enfant fait encore pipi au lit

S. Figon, B. Senez, JL Mas

## **L'essentiel**

On ne peut parler d'énurésie avant l'âge de 5 ou 6 ans.

Plus on avance en âge ,moins il y a d'enfants énurétiques :

- à 5ans ils sont 10% à 15%
- à 8ans ils sont 7%
- à 15 ans ils sont 1%

Les garçons énurétiques sont plus nombreux que les filles énurétiques (60%).

Il n'y a pas une mais des énurésies qui obéissent à plusieurs mécanismes :

- l'hérédité : le rôle de l'hérédité est vraisemblable dans certaines énurésies : le risque d'être énurétique passe de 15% dans la population générale à 44% si l'un des parents l'a été ( l'Etude ARNELL suggère l'existence d'un locus majeur de l'énurésie primaire sur le chromosome 12 q)
- un dysfonctionnement vésical.
- l'influence du sommeil
- un facteur endocrinien par perte de la variation circadienne de sécrétion de l'ADH
- des facteurs psychologiques
- autres .....

La multiplicité des facteurs invoqués explique la possibilité de plusieurs approches thérapeutiques.

La prise en charge, impliquant l'enfant, ne peut se concevoir que s'il est âgé de plus de 6 ans.

Il faut penser à la maltraitance devant une énurésie secondaire

## **Ce qu'il faut faire**

Dialoguer avec les parents et l'enfant afin de dédramatiser et de comprendre l'importance des répercussions de cette énurésie. Cette écoute est fondamentale et permet d'apprécier :

- les antécédents d'énurésie chez les parents.
  - le caractère primaire ou secondaire de l'énurésie
- la prise en charge et les moyens que les parents ont déjà utilisés
- les antécédents (spina bifida, infections urinaires, diabète) et les bilans déjà réalisés
- le mode de vie, les habitudes alimentaires, ...
- les signes associés d'orientation : obésité, ronflements, troubles comportementaux
  - le retentissement psychologique, social et physique de l'énurésie

Examiner l'enfant sur le plan neurologique et génito-urinaire. Cet examen est indispensable et recherche

- Des signes d'infection urinaire ou gynécologique ou une parasitose intestinale (interrogatoire, bandelette multi réactive, scotch test)
- Une anomalie morphologique : hypospade, sténose du méat, coalescence des petites lèvres, une fossette lombo sacrée (spina bifida à minima) ...
- Des signes de maltraitance

Ce contact sera l'occasion d'expliquer à l'enfant le fonctionnement de sa vessie (s'aider éventuellement d'un dessin) et de répondre à ses inquiétudes corporelles. Dédramatiser,

expliquer la physiologie vésicale et sa maturation sont les éléments premiers, nécessaires et indispensables, souvent suffisants d'une prise en charge réussie.

Les examens complémentaires sont à réserver aux situations de doute sur une pathologie sous-jacente (échographie des voies urinaires, exploration urodynamique).

## **Ce qu'il faut dire**

En s'adressant aux parents :

*« L'éducation sphinctérienne ne doit pas commencer trop tôt. En pratique, l'enfant est propre la journée vers l'âge de 18 à 24 mois. La propreté nocturne commence à apparaître un an après la marche, mais certains enfants ne seront pas propres avant l'âge de 5 ans. »*

*« C'est à votre enfant de décider s'il veut être aidé pour ce problème d'énurésie.*

*Eviter les méthodes autoritaires et les couches qui le dévalorisent. Encourager votre enfant, responsabiliser le. Adapter la literie pour en simplifier l'entretien. Diminuer les boissons le soir et éviter de lui donner des boissons sucrées. Eviter aussi de trop intervenir afin de ne pas créer une situation conflictuelle.»*

En s'adressant à l'enfant :

*Bois bien dans la journée, mais pas trop le soir, fais pipi juste avant le coucher, met un petit verre d'eau sur table de nuit si tu as soif.* F. Dolto conseille paradoxalement de mettre un verre d'eau sur la table de nuit de l'enfant ; faire pipi au lit étant pour l'enfant une manière immédiate de « faire de l'eau », la deuxième manière est de boire !

*« Je vais t'expliquer pourquoi tu fais pipi au lit. Tu guériras encore plus vite quand tu auras compris. Je te propose aussi de remplir ce calendrier soleil : tu me dessineras un beau soleil pour chaque nuit sèche. Tu reviens me voir dans un mois et nous regarderons ensemble tous tes soleils. »*

## **Ce qu'il faut savoir**

L'énurésie est primaire dans 80 % des cas : l'enfant n'a jamais été propre la nuit.

L'énurésie est dite secondaire lorsque l'enfant a été propre la nuit durant au moins 3 mois de suite.

### **Les facteurs favorisants**

Les antécédents familiaux

Le sexe masculin

Les conditions socio-économiques défavorables

Le rang d'aîné dans la fratrie

Les perturbations psychoaffectives lors de l'acquisition de la propreté

Une famille monoparentale

Les sévices

### **Le mécanisme**

L'énurésie nocturne vraie est isolée, c'est-à-dire qu'elle ne s'accompagne d'aucun autre symptôme urinaire. Dans le cas contraire, une instabilité vésicale est probable et l'énurésie nocturne est associée à d'autres manifestations, diurnes, telles des envies impérieuses (qui se manifestent souvent par des dandinements), une pollakiurie, des fuites, des mictions incontrôlées voire en jet explosif.

Le **mécanisme de l'énurésie vraie** est approché dès l'interrogatoire.

- Classiquement, une énurésie primaire est le plus souvent anorganique et retrouvée chez les autres membres de la famille. Il existe un débat dans la littérature quant à son

mécanisme intime. Selon certains, elle résulterait avant tout d'un trouble du sommeil. Celui-ci, très profond, ne permettrait pas un réveil suffisant pour récupérer un contrôle sphinctérien suffisant en cas de besoin (la miction se produit dans un état proche de l'éveil). Selon d'autres elle serait liée à une maturation incomplète de la vessie ou de l'activité cérébrale de contrôle. On voit bien que l'on est encore au stade des hypothèses plus ou moins fondées et que les preuves solides manquent encore singulièrement.

- Elle s'oppose à l'énurésie secondaire : réapparition d'une énurésie nocturne après un intervalle de propreté d'au moins 3 mois. Elle révèle souvent une cause organique ou psychologique. Elle peut être due à des difficultés psycho affectives et/ou en être la source. En effet, toute perturbation du fonctionnement psychologique de l'enfant, spécialement à l'âge de l'acquisition de la propreté est susceptible de déclencher ou révéler une énurésie. Quelque soit le mécanisme initial, l'énurésie entraîne un retentissement psychologique rapide : anxiété et sentiment de culpabilité, opposition, repli et limitation des contacts avec les autres enfants. Enfin, l'énurésie peut révéler une maltraitance (syndrome de Silverman et syndrome de Munchausen par procuration).

En pratique quotidienne, l'approche du mécanisme d'une énurésie nécessite un interrogatoire précis de l'enfant et de sa famille pour distinguer les formes primaires des formes secondaires et l'immatrité vésicale. Un bilan complémentaire biologique ou d'imagerie :

- est généralement inutile face à une énurésie vraie primaire.
- peut être utile dans certaines énurésies secondaires.
- est généralement utile dans les immaturités vésicales persistantes à la recherche d'une infection, de corps étrangers ou de malformations.

## **Le traitement**

La multiplicité des étiologies possibles explique qu'il existe plusieurs approches thérapeutiques. Cependant il faut garder en tête que la prise en charge doit être globale .

La prise en charge comportementale est la première étape avant tout essai médicamenteux ou essai de conditionnement. Elle consiste en conseils de bon sens, responsabilisation de l'enfant et motivation avec la tenue d'un calendrier mictionnel. Ce calendrier est probablement un élément majeur de la prise en charge et de la responsabilisation de l'enfant. Elle est efficace dans 30% des cas .Elle doit rester le premier traitement tenté.

On peut aussi proposer une rééducation mictionnelle en demandant à l'enfant de réaliser des interruptions mictionnelles volontaires répétées. Elle vise à augmenter la capacité rétentionnelle vésicale et le contrôle sphinctérien (2,3).

## Les méthodes de conditionnement\*

Elles sont utilisées en cas d'échec de la prise en charge au bout de 3 mois. Les appareils sont des appareils électriques qui déclenchent une sonnerie dès la première goutte d'urine dans le pyjama . Le PIPi STOP® est le plus connu : il utilise une couche en coton placée dans les sous vêtements et un boîtier avec alarme placé à côté de l'enfant , le WET STOP® utilise une alarme placée sur l'épaule du pyjama ,le système HALTUR® l'alarme est relié à un écouteur placé dans l'oreille.

Cette méthode a une efficacité prouvée (80% de succès dans un délai de 10 à 17 semaines). La plupart des guérisons se produisent quelques jours après le début de l'utilisation, parfois même dès la première nuit ! Ces appareils sont peu utilisés en France du fait de leur non remboursement. Leur inconvénient est de perturber le sommeil de l'enfant.

## Les médicaments

L'utilisation des médicaments ne se justifie qu'en cas d'échec des autres méthodes, chez les adolescents ou préadolescents, et en cas de retentissement psychologique important. Ces médications sont utilisées de façon séquentielle durant quelques semaines, ou même quelques jours (coucher chez les camarades ou en colonie). Des fenêtres thérapeutiques seront observées au bout de 3 à 6 mois.

- la desmopressine (Minirin spray<sup>R</sup>) est souvent prescrite initialement, en pulvérisation nasale le soir avant le coucher pour une durée maximum de 3 mois. Si l'enfant n'a pas « répondu » au traitement au bout d'un mois, il est inutile de le poursuivre. L'enfant ne doit pas boire une heure avant et 8 heures après, afin d'éviter le risque d'intoxication par l'eau. Ce traitement doit être suspendu en cas de rhinite. Il a uniquement une action périphérique et est bien toléré.

Selon un essai clinique récent (3), la desmopressine et les alarmes ont apporté la preuve de leur bénéfice chez les enfants énurétiques aussi bien en terme d'efficacité clinique (moins de nuits mouillées), qu'en terme d'estime de soi et de bien-être chez ces mêmes enfants ; un soutien psychologique et des encouragements étant par ailleurs indispensables\*.

- Les antidépresseurs tricycliques type imipramine (Tofranil<sup>R</sup>) sont efficaces. La posologie habituelle est de 0,5 à 2 mg/kg/j. La posologie optimale doit être atteinte par paliers. Le traitement est poursuivi 3 à 6 mois. La concentration plasmatique efficace (60 à 80 ng/l) est proche de celle qui est responsable d'effets secondaires de type anticholinergique. Des intoxications accidentelles avec décès font que ces traitements ne sont plus utilisés en première intention et qu'ils doivent être limités aux énurésies rebelles chez l'enfant plus âgé.
- L'oxybutynine (Ditropan<sup>R</sup>) est le traitement spécifique de l'immaturation vésicale et ne doit pas être prescrit dans l'énurésie nocturne isolée. C'est un antispasmodique anticholinergique responsable de nombreux effets secondaires gênants (hallucinations, tachycardie, convulsions..)

## La prise en charge psychologique :

En fonction de l'évolution et du contexte familial, la prise en charge initiale pourra être suivie ou associée à une prise en charge psychologique.

Chez le jeune enfant, soutenu par sa famille, une écoute attentive et empathique sera suffisante. On orientera l'enfant vers un psychologue dans les cas suivants :

- Problèmes familiaux, troubles du comportement, difficultés scolaires
- Retentissement important de l'énurésie
- Enurésie chez l'adolescent

## **Que lire sur le sujet**

(1) Lottman H. *Enuresis treatment in France*. Scand J Urol Nephrol 1999 Suppl 202 : 66-69

(2) Rossant L. *L'énurésie*. <http://www.ifrance.com/rossant/enuresie.htm>

(3) Longstaffe S., MoffaTT ME., Whalen JC. *Behavioral and self-concept changes after 6 months of enuresis treatment: a randomized, controlled trial*. Pediatrics. 2000 Apr;105:935-40

Challamel *les parasomnies de l'enfant*. <http://ura1195-6.univ-lyon1.fr/>

### ***Les mots-clés pour index***

Enurésie, Sommeil (trouble), Education, Propreté (diurne, nocturne), parasomnies, comportement (troubles), anxiété, difficultés scolaires, infection urinaire, parasitose (intestinale), immaturité vésicale, desmopressine, oxybutine, tricyclique, maltraitance, abus sexuels, imipramine

.