

L'énurésie nocturne de l'enfant

Dr Mehdi Jaidane

I- Définition :

L'énurésie nocturne est définie comme « une miction involontaire nocturne chez un enfant en âge d'être propre ».

La plupart des auteurs retiennent comme limite d'âge l'âge de 5 ans. Il est cependant raisonnable de n'intervenir qu'au delà de l'âge de 7 ans.

L'enfant avec une énurésie nocturne urine dans son lit alors qu'il est endormi et n'est généralement pas réveillé par le fait d'être mouillé.

L'énurésie nocturne primaire correspond à des enfants présentant une énurésie monosymptomatique qui n'ont jamais été secs la nuit pour une période ininterrompue d'au moins 6 mois. Elle s'oppose à l'énurésie nocturne secondaire où, après une période d'acquisition de la propreté d'au moins 6 mois, réapparaissent des fuites nocturnes.

L'énurésie est le plus souvent primaire et isolée.

II- Epidémiologie :

Il s'agit d'un trouble très fréquent. 15 % des enfants âgés de 5 % présentent une énurésie nocturne. Il y'a une nette prédominance masculine.

Il y'a une résolution spontanée à raison de 15 % par an des enfants énurétiques qui deviennent spontanément propres. Ainsi seulement 8 % des enfants de 8 ans et 1 % des enfants de 15 ans restent énurétiques.

III- Physiopathologie :

Différentes hypothèses ont été invoquées dans la genèse de l'énurésie nocturne, mais sans recevoir de confirmation définitive.

L'une des théories met en cause un sommeil trop profond chez les enfants énurétiques avec un seuil de vigilance insuffisant pour le contrôle sphinctérien. Cette théorie est remise en question par les études récentes avec enregistrement urodynamique nocturne.

Une autre théorie a impliqué une anomalie du cycle de l'hormone antidiurétique (ADH) avec un volume d'urines nocturnes trop élevé. Cependant ces anomalies du cycle de l'ADH semblent être plus une conséquence qu'une cause de l'énurésie.

Il existe des facteurs héréditaires certains. Si les deux parents sont énurétiques, l'enfant à 77 % de risque d'être énurétique. Ce serait un caractère autosomal dominant à pénétrance variable et deux gènes ont même été isolés (le gène ENUR 1 sur le chromosome 13 et le gène ENUR 2 sur le chromosome 12).

La théorie la plus retenue actuellement est un retard discret dans le développement et la maturation du système nerveux central. En effet des études poussées chez les enfants énurétiques retrouvent des retards subtils dans d'autres domaines.

Quand aux troubles psychologiques parfois associés à l'énurésie, ils sont plus une conséquence de l'énurésie nocturne qu'une cause. En effet, l'énurésie nocturne est source de honte et de culpabilité pour l'enfant.

IV- Evaluation :

Le but de l'évaluation d'un enfant présentant une énurésie nocturne est surtout de *faire le diagnostic différentiel*. Il s'agit d'éliminer une pathologie sous-jacente avant de conclure à une énurésie nocturne isolée.

Dans ce but un recueil complet de l'anamnèse, un examen clinique et un ECBU sont nécessaires et suffisants.

Si l'enfant présente l'un des symptômes suivants : fuites diurnes, pollakiurie, impériosités, infection urinaire, signes obstructifs urinaires, signes neurologiques, anomalies du bas du dos, alors il ne s'agit pas d'une énurésie nocturne mais d'une autre pathologie (vessie neurologique, malformation urologique...). Dans ce cas il faut pousser les investigations et réaliser des examens complémentaires en fonction des signes retrouvées, le souvent en commençant par une échographie rénale et pelvienne.

4 questions simples devraient être posées à l'enfant lors de l'interrogatoire :

- Les miction sont elles indolores ?
- L'enfant a-t-il mal au ventre ?
- Y'a-t-il des antécédents fébriles non expliqués ?
- Y'a-t-il des impériosités mictionnelles ou des fuites diurnes ?

V- Traitement :

1) Mesures générales :

Il est raisonnable de ne pas entamer un traitement avant l'âge de 7 ans. De même le traitement n'est envisageable que si l'enfant peut s'impliquer dans la thérapeutique. Voici quelques mesures générales toujours indiquées :

- Responsabilisation de l'enfant : surtout à travers l'établissement par l'enfant lui-même d'un calendrier mictionnel. Ce calendrier se doit d'être le plus ludique possible et permet d'impliquer l'enfant dans le traitement et son suivi.
- Le médecin doit s'entretenir seul avec l'enfant en lui expliquant simplement son trouble
- Il faut essayer de préserver l'estime de soi de l'enfant en interdisant les punitions, les couches et en limitant l'intervention des parents.
- Des mesures comportementales sont utiles : éviter de boire deux heures avant le coucher, vider la vessie avant d'aller au lit ...

2) La thérapie comportementale : les dispositifs d'alarme :

C'est le traitement de référence et le plus efficace. Le taux de succès initial est de 80 % et est nettement supérieur aux autres traitements. Il permet d'obtenir des guérisons définitives sans rechute 4 fois sur 5.

Il s'agit d'une méthode dite de conditionnement qui utilise la conduction électrique de l'urine. Sur le lit ou dans le pyjama de l'enfant est intégré un circuit électrique que les premières gouttes d'urine vont mettre en marche, faisant sonner une alarme.

L'enfant doit alors couper celle-ci, terminer sa miction aux toilettes et réinstaller l'appareil pour le restant de la nuit. C'est par un phénomène d'anticipation et de prise de conscience du besoin que ce système se révèle efficace.

L'amélioration se voit au bout de 1 à 2 mois. La durée totale du traitement est de 3 à 6 mois.

Différents systèmes sont commercialisés : Pipi-Stop®, Wet-Stop®, Stop-énurésie® etc...

Ce système nécessite cependant une motivation et de la bonne volonté de l'enfant et des parents.

3) Le traitement pharmacologique :

C'est un traitement de seconde ligne. Il est général efficace à court terme mais inefficace à long terme avec des rechutes dès l'arrêt du traitement. Il est indiqué actuellement si le but est d'obtenir rapidement une courte période de propreté ou si les alarmes ne sont pas disponibles. Les différents traitements exposent aussi à des effets secondaires parfois importants et à un risque d'intoxication accidentelle.

Les anticholinergiques, en particulier l'oxybutinine sont peu efficaces avec un taux de succès de l'ordre de 5 à 30 %. Ils entraînent des effets secondaires à type de sécheresse de la bouche, de constipation, de troubles visuels et de somnolence.

La desmopressine (Minrin ®) est un analogue structural synthétique de l'hormone antidiurétique (ADH) naturelle, la vasopressine ou ADH d'origine posthypophysaire.

C'est un traitement efficace à court terme et il est réservé à l'enfant âgé de plus de 6 ans. Il réduit significativement le nombre de nuits humides chez plus de 2 patients sur 3. Cependant de rechute à l'arrêt du traitement est de 50 à 90 %.

Il est disponible en spray nasal et récemment en comprimés.

Les effets secondaires sont généralement modérés : céphalées, nausées, épistaxis.

Il existe cependant un risque rare mais potentiellement grave d'œdème cérébral.

Les antidépresseurs tricycliques, surtout l'imipramine (Tofranil ®) sont moins coûteux que la desmopressine et sont efficaces à court terme avec un taux de succès de l'ordre de 40 à 50 %. Cependant les rechutes sont très fréquentes à l'arrêt du traitement. Les effets secondaires sont à type d'hypotension orthostatique, de sécheresse de la bouche, de troubles du sommeil et de l'appétit et de modifications de la personnalité. En raison de ces effets secondaires et du risque d'intoxication accidentelle (avec coma, convulsions ou troubles du rythme cardiaque), ce traitement est actuellement à éviter en première intention.

VI- En conclusion :

L'énurésie nocturne est une pathologie très fréquente. Elle n'est traitée que si l'enfant est demandeur et capable de se prendre en charge (ce qui rare avant l'âge de 7 ans). Le taux de guérison spontanée est de 15 % par an. L'anamnèse, un examen clinique et un ECBU permettent de faire le diagnostic différentiel. Le traitement commence par des mesures générales et comportementales. Le traitement de première ligne et le plus efficace repose sur les dispositifs d'alarme. La desmopressine est indiquée en seconde ligne et s'il y a nécessité d'obtenir des résultats rapides.