

L'ÉNURÉSIE MONOSYMPATOMATIQUE

Jean Labbé, MD, FRCPC
Professeur titulaire
Département de pédiatrie
Université Laval

1. Définitions

L'énurésie est l'émission involontaire d'urine à une fréquence d'au moins une fois par semaine, à un âge où l'enfant est censé avoir acquis la propreté.

- diurne : le jour, après l'âge de 4 ans
- nocturne : la nuit, après l'âge de 5 ans
- mixte : diurne et nocturne
- primaire : depuis toujours
- secondaire : reprise d'incontinence après une période de résolution d'au moins 6 mois
- monosymptomatique : énurésie nocturne isolée
- polysymptomatique : énurésie nocturne isolée avec des symptômes diurnes (urgence mictionnelle, incontinence, miction par saccades)

2. Prévalence de l'énurésie nocturne

2.1 Énurésie primaire

5 ans :	20%
6 ans :	10%
8 ans :	7%
12 ans :	3%
18 ans :	1%

N.B. Taux de résolution spontanée : 15% par année

2.2 Énurésie secondaire

3 à 8% des enfants entre 5 et 13 ans

3. Physiologie de la miction normale

3.1 Phase de remplissage

La vessie est composée d'un muscle (détrusor) composé de fibres musculaires lisses permettant son expansion. Sous l'influence d'une stimulation sympathique, il y a relaxation du muscle détrusor et contraction du col vésical (sphincter interne lisse). Les deux sphincters sont fermés. Quant au sphincter externe, formé de muscles striés, il est sous contrôle volontaire.

3.2 Phase de vidange

Sous l'influence du parasympathique, il y a contraction du muscle détrusor, relaxation du col vésical et décontraction du sphincter interne lisse. Le cerveau ordonne la décontraction du sphincter externe strié.

4. Étiologie de l'énurésie nocturne

L'énurésie monosymptomatique n'est pas une maladie mais peut être considérée comme une variante de la normale. Différents facteurs y sont associés.

4.1 Facteur génétique

Lorsqu'un parent a été énurétique, le risque qu'un enfant développe de l'énurésie est de 44%. Il atteint 77% lorsque les deux parents sont touchés. Le gène de l'énurésie serait situé sur le bras court du chromosome 13.

4.2 Délai de maturation du système nerveux

Les enfants avec un retard de développement présentent communément de l'énurésie.

4.3 Syndrome de déficit d'attention

On a retrouvé une fréquence plus élevée d'énurésie chez les enfants avec un syndrome de déficit d'attention, surtout après l'âge de 10 ans.

4.4 Constipation chronique

Une ampoule rectale distendue empêcherait le bon fonctionnement de la vessie.

4.5 Facteurs psychologiques

Contrairement à une croyance répandue, des facteurs psychologiques sont très rarement en cause dans l'énurésie *primaire*. Certains cas d'énurésie *secondaire* sont rencontrés après un événement stressant pour l'enfant (déménagement, conflit familial, deuil, maltraitance...)

4.6 Facteurs urodynamiques

Ces facteurs sont retrouvés dans environ 10% des cas. Ces enfants avec dysfonction vésicale (instabilité vésicale, dyssynergie vésicosphinctérienne) ont habituellement une énurésie polysymptomatique.

4.7 Capacité vésicale réduite

Plusieurs enfants énurétiques ont une capacité vésicale fonctionnelle bien inférieure à la normale attendue pour l'âge.

4.8 Sommeil profond

L'énurésie peut survenir dans n'importe lequel stade de sommeil. Cependant, une étude est venue confirmer l'opinion de plusieurs parents, c.-à-d. que beaucoup d'enfants énurétiques sont plus difficiles à réveiller que les enfants sans énurésie.

4.9 Facteur hormonal

Des auteurs ont trouvé que certains enfants énurétiques ont un trouble circadien de la sécrétion de l'hormone antidiurétique. Ils n'ont pas de pic de sécrétion d'ADH au cours de la nuit et produisent alors autant d'urine que le jour.

4.10 Facteurs organiques

Ces conditions ne comptent que pour 3% des cas d'énurésie et se voient davantage dans les cas d'énurésie secondaire ou polysymptomatique :

- bactériurie
- anomalies anatomiques (spina bifida, tumeur de la moelle, uretère ectopique, obstruction urinaire)
- polyurie (diabète sucré ou insipide, insuffisance rénale, anémie falciforme)
- apnées du sommeil par obstruction des voies aériennes
- allergies alimentaires (surtout chez les enfants avec hyperactivité ou migraine)

Essentiellement, les enfants se mouillent la nuit parce qu'ils n'ont pas la capacité de se réveiller alors que leur vessie, ayant dépassé sa capacité, présente des contractions spontanées.

5. Approche pour une *première* consultation

L'approche mentionnée ici a été développée par l'expérience acquise auprès de centaines d'enfants m'ayant consulté pour une énurésie nocturne. Elle peut être modifiée, lorsque la consultation se fait pour un enfant qui a déjà essayé plusieurs traitements avant de vous consulter.

5.1 Première visite

La première visite est consacrée principalement à l'évaluation, ainsi qu'à l'information des parents et de l'enfant sur l'énurésie. Il faut éliminer les problèmes organiques et les dysfonctions vésicales, car la conduite à tenir pour leur évaluation et leur traitement est très différente, comparativement à l'énurésie monosymptomatique. Il est inutile d'entreprendre un traitement pour une énurésie nocturne sans régler d'abord d'autres problèmes diurnes associés.

5.1.1 Évaluation

Histoire de cas

- profondeur du sommeil
- description de l'énurésie
 - fréquence par nuit et par semaine
 - heure à laquelle l'enfant se mouille
 - quantité d'urine émise
 - continence nocturne antérieure et durée
- autres symptômes
 - incontinence diurne (début, fréquence, circonstances)
 - pollakiurie
 - urgences mictionnelles
 - position accroupie lors d'urgences
 - dysurie
 - brûlure mictionnelle
 - difficulté à initier le jet
 - miction par saccades
 - sensation de ne pas vider la vessie
 - constipation, encoprésie

- antécédents personnels
 - développement
 - âge et méthode d'entraînement à la propreté
 - problème neurologique
 - infection urinaire
 - autres problèmes de santé
 - problèmes de comportement (hyperactivité...)
 - syndrome de déficit d'attention
 - éléments de stress
 - traitements antérieurs de l'énurésie
- histoire familiale
 - énurésie (qui et jusqu'à quel âge)
 - anomalies urologiques
 - situation psychosociale
 - perception et attitudes envers l'énurésie
- réactions de l'enfant
 - conséquences sur son fonctionnement quotidien
 - sa perception de l'énurésie
 - son estime de soi
 - sa motivation pour un traitement
- pourquoi consulte-t-on maintenant?
- quelles sont les attentes des parents et de l'enfant?

Examen physique

- mesures
 - poids, taille, tension artérielle
- abdomen
 - globe vésical, selles
- organes génitaux
 - anomalies externes, jet urinaire
- colonne lombo-sacrée
 - tuméfaction, touffe de poils, sillon, irrégularité osseuse
- périnée et membres inférieurs
 - sensibilité
 - réflexe cutané anal
 - déformation des pieds

- toucher rectal
tonus du sphincter anal, selles dans le rectum
- petites culottes
taches d'urine ou de selles

Examen de laboratoire

- examen d'urine sommaire et microscopique

Collecte de données sur la fonction vésicale (à faire à la maison)

- | | | |
|-----------------------------------|---|-------------|
| - heure des mictions quotidiennes | x | 3 à 7 jours |
| - heure et volume des mictions | x | 1 journée |
| - capacité vésicale | x | 3 fois |

La capacité vésicale, c'est la mesure de la quantité maximale d'urine qu'un enfant peut retenir. En pratique, il s'agit de faire boire l'enfant en lui demandant d'attendre le plus possible avant d'aller uriner. Lorsqu'il s'est retenu au maximum, on le fait uriner dans un bocal et on mesure le volume obtenu.

Aucune autre investigation n'est nécessaire dans le cas d'une énurésie monosymptomatique. Si l'évaluation toutefois démontre la présence d'autres problèmes, des tests supplémentaires pourront être effectués pour préciser le diagnostic. Si l'on détecte une constipation, un traitement sera institué d'emblée au moyen d'une diète anti-constipante et au besoin d'un émoullient fécal, en ayant soin de s'assurer au départ d'une vidange intestinale adéquate.

5.1.2 Informations

Un rappel de la fréquence de l'énurésie nocturne permettra à l'enfant de réaliser qu'il est loin d'être le seul à connaître ce problème. Les hypothèses sur les facteurs étiologiques seront mentionnées pour que les parents sachent qu'il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'une variante du développement normal, avec un pronostic de résolution excellent avec les années. Il est important de corriger les perceptions et attitudes fautives mises en évidence lors de l'évaluation. Il faut notamment insister sur le fait que l'enfant n'est pas responsable (il ne s'agit ni d'un geste de provocation ni d'un signe de paresse) et que les punitions et les reproches n'ont jamais leur place dans le traitement d'un enfant énurétique. Les attentes irréalistes envers lui devront être remises dans une perspective plus juste.

Les parents des enfants énurétiques peuvent ressentir de l'anxiété, de la culpabilité ou une perte de confiance en leur capacité parentale. Ils peuvent devenir impatients et même agressifs en raison du surcroît de travail engendré par cette condition. Les relations parents-enfant peuvent dans certains cas être sérieusement perturbées. Les

enfants énurétiques de leur côté ont souvent une détresse émotionnelle et une faible estime de soi. Ils peuvent s'empêcher de sortir à l'extérieur de la maison ou d'inviter des amis de peur que leur secret ne soit dévoilé. Après un traitement efficace, il y a une amélioration de l'image de soi et même de l'apprentissage scolaire et de l'apparence physique.

Les parents et l'enfant doivent savoir qu'il n'existe pas un traitement unique s'appliquant à tous les enfants énurétiques. Parfois, plusieurs traitements doivent être tentés avant d'arriver à de bons résultats. On ne peut garantir à tous les enfants une résolution de leur énurésie, du moins à court terme. Le symptôme peut être contrôlé dans 80% des cas. **On doit orienter le traitement sur l'enfant lui-même plutôt que sur le traitement de son symptôme.** Tant mieux évidemment si l'énurésie disparaît mais, si ce n'est pas le cas, il faut au moins protéger l'estime de soi de l'enfant. Ainsi, dans certains cas, on se limitera à certains conseils pour réduire les inconvénients de l'énurésie et on laissera vieillir l'enfant jusqu'à une résolution spontanée, ou jusqu'à ce que l'énurésie devienne un véritable problème. Dans d'autres cas, on se bornera à utiliser un traitement ponctuel pour les sorties de l'enfant à l'extérieur du domicile familial. Il faut donc tenir compte de plusieurs facteurs pour décider d'une conduite (motivation de l'enfant, fréquence de l'énurésie, importance du problème représenté par l'énurésie, opinion des parents). L'âge de l'enfant est un facteur très important. Beaucoup d'experts recommandent d'attendre l'âge de 7 ans avant de débiter un traitement actif.

Les enfants doivent être encouragés à boire de l'eau le jour et à uriner dès qu'ils en ressentent l'envie. Ils ne doivent pas attendre avant d'aller uriner au réveil le matin et ne pas passer plus de 3 heures sans uriner durant le jour.

5.2 Deuxième visite (3 semaines plus tard)

La deuxième visite est consacrée à l'interprétation des données recueillies et à l'information sur les différents modes de traitement : de soutien, définitifs ou symptomatiques.

5.2.1 Interprétation des données

Normales :	mictions quotidiennes :	4 à 8 / jour
	volume d'une miction :	3 à 5 ml/kg
	capacité vésicale :	(âge en années) onces + 2

5.2.2 Traitements de soutien

Quelle que soit la situation rencontrée, certains conseils très pratiques doivent être donnés sur les moyens de réduire les inconvénients occasionnés par l'énurésie (soins d'hygiène, vêtements souillés, protection du matelas, etc). La question des culottes jetables est un sujet délicat. Bien qu'elles puissent s'avérer utiles dans certaines

circonstances (sorties à l'extérieur), leur usage régulier pourrait nuire à la motivation des enfants et n'est pas recommandé. L'adoption de certaines routines au coucher, la nuit et le matin permettront de limiter les conflits parents-enfant et faciliteront l'acquisition d'une certaine autonomie chez l'enfant.

Une restriction liquidienne trop stricte en soirée n'est pas justifiée. On peut permettre des apports liquidiens sans excès en insistant cependant pour qu'il n'y ait aucun liquide ingéré une heure avant le coucher. Il est fondamental que l'enfant vide sa vessie complètement juste avant de se coucher. Ceci peut se faire en même temps qu'une pratique pour l'aider à se réveiller la nuit. L'enfant se couche et fait semblant qu'il dort et que la sensation de plénitude de sa vessie le réveille. Il se lève alors et de rend à la toilette pour vider sa vessie. On doit lui faciliter l'accès à la toilette (veilleuse dans la chambre, lumière allumée dans la chambre de bain). Au besoin, on peut installer une toilette portative dans la chambre.

Un bon moyen de motiver l'enfant est de le responsabiliser (d'une façon non punitive) par rapport aux ennuis quotidiens causés par l'énurésie. Le jeune enfant doit apprendre à se changer seul et peut placer une serviette sur le drap mouillé avant de se recoucher. L'enfant plus vieux peut changer son lit et participer au lavage des vêtements et des draps.

Certains enfants répondent positivement à l'usage d'un calendrier avec des collants. Pour être efficace, il faut que l'enfant puisse pouvoir mettre des collants sur son calendrier. Les objectifs fixés doivent donc être atteignables. Une erreur courante est d'utiliser ce système chez un enfant avec énurésie quotidienne et de ne permettre les collants que pour l'obtention de nuits sèches... qui ne viennent jamais... On doit donc s'en servir pour souligner non seulement les *résultats* mais aussi les *efforts* de l'enfant (par exemple l'enfant qui se réveille la nuit pour aller uriner). On combine habituellement le calendrier avec un système de récompenses établi à l'avance. Un certain nombre de collants donne droit à des privilèges progressifs (coucher plus tard, recevoir des amis, jouet, dîner au restaurant...).

Un exercice utile, destiné à favoriser un meilleur contrôle du sphincter urinaire externe, peut être recommandé. Lorsque l'enfant urine, il arrête volontairement le jet, compte jusqu'à 5 et poursuit ensuite sa miction.

5.2.3 Information sur les autres modes de traitement

Il s'agira ici d'une discussion théorique pour renseigner les parents sur les traitements définitifs et symptomatiques actuellement préconisés pour l'énurésie. Pour le prochain mois, on recommandera de mettre d'abord en œuvre les conseils déjà mentionnés en réfléchissant sur les autres types de traitement qui seraient appropriés pour l'enfant.

5.3 Troisième visite (1 mois plus tard)

La troisième visite est consacrée à une mise au point et à une discussion sur l'opportunité d'utiliser un ou plusieurs modes de traitement.

Après avoir vérifié s'il y a eu des changements de l'énurésie depuis la dernière visite, on discute avec les parents et l'enfant de l'utilité de traiter dès maintenant ou d'attendre. Un traitement actif est justifié habituellement chez un enfant qui se mouille > 3 fois / semaine à 7 ans ou lorsque l'énurésie risque d'entraîner chez lui des conséquences psychologiques négatives. Par un traitement définitif, on vise à débarrasser l'enfant de son symptôme d'une façon permanente. Un traitement symptomatique peut permettre un contrôle du symptôme temporaire avec un risque élevé de récurrence lorsqu'il est cessé.

5.3.1 Traitements définitifs

Programme d'auto-réveil

Cette méthode peut se révéler utile chez les enfants qui se mouillent régulièrement à la même heure durant la nuit. Il suffit de programmer un réveille-matin pour une heure environ avant la survenue anticipée de sa miction. L'enfant se rend alors à la toilette pour vider sa vessie. Avec le temps, il peut apprendre à se réveiller sans l'aide du réveille-matin. Cette façon de faire est préférable au parent qui réveille l'enfant à heure fixe. Si cette dernière méthode est utilisée, le parent doit s'assurer que l'enfant est bien réveillé en demandant un « mot de passe » convenu à l'avance et l'enfant doit se rendre seul à la toilette.

Système d'alarme

Il existe différents types d'appareils allant du *matelas à sonnettes* classique à des appareils plus compacts et faciles d'utilisation comme le *Nytone^R*, le *Dry Sleeper^R* ou le *Potty Pager^R*. Il n'existe cependant aucune différence quant au succès obtenu avec l'un ou l'autre de ces appareils. Le principe est de créer un conditionnement. Un signal sonore ou une vibration est émis par l'appareil dès que l'enfant urine. Avec le temps, l'enfant apprend à se réveiller avec la prise de conscience de plénitude vésicale et avant de commencer à uriner. Si le traitement est efficace, il doit être continué un mois après que l'enfant ait cessé complètement de se mouiller.

Il s'agit de la façon la plus efficace d'éliminer l'énurésie d'une façon définitive. On parle dans la littérature d'un taux de résolution moyen de 70% (50 à 80%). Au CHUL, nous avons utilisé pendant une dizaine d'années l'appareil *Nytone^R*, une espèce de grosse montre-bracelet relié par un fil à un bouton-pression qui se place sur la petite culotte de l'enfant. Lors d'une révision de 235 traitements avec cet appareil, j'ai noté que 50% des enfants ont vu disparaître complètement leur énurésie alors que 15% ont obtenu une réduction significative des nuits mouillées.

Nous avons ensuite changé pour un appareil similaire, mais encore plus petit (*Dri Sleeper*^R). Le taux de succès avec ce type de traitement augmente avec un choix approprié des candidats : enfant âgé d'au moins 7 ans, motivé et n'ayant pas un sommeil profond.

Ce traitement est exigeant cependant et prend du temps avant de donner des résultats. Malheureusement, le taux d'abandon est de 30% avant 3 semaines alors qu'il ne commence habituellement à donner des résultats qu'après cette période. Il faut expliquer aux parents que l'enfant doit se réveiller au son de l'alarme. Au début, il peut arriver que les parents doivent aider l'enfant à se réveiller. C'est lui cependant qui doit se changer seul, terminer sa miction à la toilette et réinstaller l'appareil. La récurrence d'énurésie survient dans 28 à 40% des cas dans les mois suivant l'arrêt du traitement mais répond habituellement bien à un deuxième traitement. Le taux de récurrence est beaucoup moindre si l'on utilise un traitement plus agressif (« overtreatment »). Lorsque l'enfant est devenu propre, on lui fait prendre de façon progressive une bonne quantité d'eau au coucher (8 à 16 onces) en continuant l'utilisation de l'appareil.

Vous pouvez conseiller aux parents l'achat d'un appareil de conditionnement. Ainsi un matelas à sonnettes peut être obtenu chez *Sears*^R. Vous pouvez convaincre un pharmacien de votre voisinage de se procurer des appareils comme le *Dri Sleeper*^R. Vous pouvez également acheter des appareils et les louer aux parents ou les diriger vers l'une ou l'autre des compagnies qui font la location de ce type d'appareils (*Perma-sec*^R, *Urino-Stop inc*, *Uricontrol inc*, *Ledoux Réflexe inc*...). Il faut demeurer vigilant car certaines de ces compagnies semblent davantage préoccupées par leur profit que par le bien-être des enfants... Par contre, d'autres sont plus sérieuses, offrent un suivi étroit et elles ont l'avantage d'avoir différents modèles d'appareils, ce qui leur permet d'offrir un traitement davantage adapté aux besoins de certains enfants.

Divers

L'auto-hypnose donnerait des résultats intéressants, mais l'utilisation de cette méthode demande une formation préalable du thérapeute. La psychothérapie est rarement utile pour le contrôle de l'énurésie. Par contre, elle peut être indiquée à l'occasion lorsqu'un enfant vit des difficultés personnelles importantes en raison de son énurésie. Des chercheurs ont rapporté une résolution de l'énurésie chez des enfants en éliminant certains aliments de leur diète : boissons gazeuses, produits laitiers, colorants artificiels, fruits citrins et leur jus, chocolat. Ce traitement ne s'adresse pas à tous les énurétiques mais à des sous-groupes particuliers (enfants atopiques, hyperactifs, migraineux).

Avec un taux de résolution spontanée de 14% et un effet placebo entre 30 et 45%, pas étonnant qu'une multitude d'autres traitements aient été essayés avec un succès apparent, notamment dans la catégorie des « médecines douces ». L'électroacupuncture aurait une certaine efficacité. On n'a cependant aucune preuve scientifique de l'efficacité de traitements homéopathiques ou chiropratiques.

5.3.2 Traitements symptomatiques

Imipramine (Tofranil^R)

Ce médicament a été très utilisé dans le passé pour le traitement de l'énurésie. Son usage est de moins en moins recommandé, en raison surtout des risques d'effets secondaires à des doses usuelles (agitation, altération de l'humeur, difficulté de concentration, tremblements, sécheresse de la bouche, vision trouble, constipation) et de sa grande toxicité (arythmie cardiaque, hypotension, convulsions, coma) en cas d'ingestion accidentelle. On recommande d'ailleurs de faire un ECG avant le début du traitement pour s'assurer que l'enfant n'a pas de trouble de conduction. On croit que l'imipramine agit en raison de ses effets anticholinergiques et du fait qu'il réduit la profondeur de sommeil.

Son degré d'efficacité à court terme varie entre 40 et 75% et à long terme entre 20 et 35%. La dose est de 0,5 à 2,5 mg/kg (max : 75 mg) une heure avant le coucher. Si le traitement est efficace, il peut être poursuivi 3 à 6 mois et cessé progressivement en quelques semaines. Il n'est pas conseillé pour les enfants de moins de 7 ans.

Desmopressine (DDAVP^R ou DDAVP MELT^R)

On préconise l'utilisation de cet analogue de l'hormone antidiurétique depuis qu'on a découvert que certains enfants énurétiques n'ont pas de pic de libération d'ADH durant la nuit. La desmopressine agit en stimulant l'augmentation des niveaux nocturnes d'ADH et réduit ainsi la production d'urine. Les études contrôlées montrent une grande variabilité dans les taux de réponse initiale à ce produit (10 à 85%). À peine 21,4% des enfants traités connaissent une résolution définitive de leur problème d'énurésie, si le traitement est cessé au bout de quelques mois. Les chances de succès sont moindres chez les enfants de moins de 9 ans, ainsi que chez ceux qui ont une petite capacité vésicale et qui se mouillent plusieurs fois par nuit. Il n'est pas conseillé chez les moins de 6 ans.

Par voie orale, la dose varie entre 1 et 3 comprimés de DDAVP^R (0,2 à 0,6 mg) une heure avant le coucher et au moins 90 minutes après un repas. Il existe une nouvelle forme à désintégration orale (DDAVP MELT^R). La dose est de 120 mcg une heure avant le coucher pour débuter, jusqu'à un maximum de 360 mcg. Des effets secondaires surviennent chez moins de 3% des enfants et ils sont mineurs (céphalée, nausée, douleur abdominale). Le risque d'intoxication à l'eau est évité si l'on prend soin de restreindre l'apport liquidien en soirée et de l'abolir 1 heure avant et jusqu'à 8 heures après l'administration du produit. Ce traitement se révèle particulièrement utile dans les situations à court terme où un contrôle de l'énurésie est particulièrement important (sortie chez des amis, camps de vacances...). Il peut aussi s'utiliser à long terme lorsqu'il est le seul traitement efficace et que le contrôle de l'énurésie est considéré comme essentiel. En pratique, on cesse le traitement aux 3 mois pour une semaine afin de vérifier si le problème est résolu.

Antispasmodiques

Ces médicaments ne sont pas utiles pour le traitement de l'énurésie monosymptomatique. Par contre, ils peuvent s'avérer très efficaces chez les enfants avec énurésie polysymptomatique. Cette catégorie comprend l'oxybutinine (Ditropan^R), le chlorhydrate de dicyclomine (Bentylol^R), le chlorhydrate de flavoxate (Apo-Falvoxate^R).

5.3.3 Approche recommandée

Si l'objectif visé est une cure définitive de l'énurésie monosymptomatique et que les circonstances sont favorables, le traitement à privilégier est le système d'alarme, combiné avec le calendrier et les exercices vésicaux. En cas d'échec, on peut refaire un nouvel essai du système d'alarme en association avec une médication comme le DDAVP^R ou l'imipramine pour les 3 premières semaines et sevrage progressif de la médication.

5.4 Visites mensuelles par la suite (si traitement actif)

Ces visites sont consacrées à une réévaluation de la situation, à un réajustement du traitement au besoin et au soutien de l'enfant dans ses efforts.

Quel que soit le traitement choisi et son efficacité, il est important de faire un suivi régulier de ces enfants afin de leur apporter un soutien. L'enfant qui fait des efforts mérite d'être félicité. Si ses efforts conduisent à une diminution de son énurésie, il faut le souligner avec chaleur. Dans le cas contraire, une modification du traitement s'impose. Lorsqu'on a fait le tour des traitements disponibles sans obtenir de succès, il faut éviter un acharnement thérapeutique qui ne viendrait qu'amplifier le sentiment d'échec vécu par l'enfant. Quoi qu'on fasse, 20% des cas d'énurésie ne répondent initialement à aucun traitement.

On peut déjà prévoir un mauvais pronostic chez les enfants avec une très petite capacité vésicale fonctionnelle (< 60% de la capacité attendue pour l'âge), chez ceux qui se mouillent plusieurs fois par nuit ou chez ceux dont les parents se sont mouillés jusqu'à l'adolescence. Il faut rassurer l'enfant sur le fait qu'il est normal tout de même, que sa vessie n'est pas encore prête à retenir l'urine la nuit, mais qu'elle le deviendra certainement un jour. En attendant, les parents doivent valoriser l'enfant dans les autres domaines où il réussit bien (sports, activités artistiques, matières scolaires, etc).

6. Conclusion

La présence d'une énurésie monosymptomatique chez un enfant ne doit pas être considérée automatiquement comme un problème nécessitant une approche médicalisée. Ce qui importe, c'est l'impact de ce symptôme chez l'enfant et ses parents.

Il est illusoire de penser faire une évaluation appropriée et donner toute l'information nécessaire en une seule visite. Une approche systématique en trois visites facilite l'adoption d'une conduite personnalisée. Comme le pronostic de résolution à long terme est excellent, la meilleure approche dans certains cas est de laisser vieillir l'enfant en informant ses parents sur les moyens de réduire les inconvénients de cette incontinence nocturne. Dans d'autres cas, un traitement ponctuel avec la desmopressine permettra à l'enfant de sortir à l'extérieur de la maison sans avoir à s'inquiéter. Chez l'enfant de ≥ 7 ans qui est ennuyé par son symptôme et qui est prêt à faire des efforts pour s'en débarrasser, le meilleur traitement est le système d'alarme combiné à un calendrier avec collants et des exercices vésicaux. Malgré la multitude de traitements disponibles, le contrôle de l'énurésie n'est obtenu que chez 80% des enfants. Il est fondamental d'apporter un soutien à tous les enfants énurétiques, surtout à ceux qui ne répondent pas initialement à aucun traitement, dans le but de préserver leur estime de soi.

Révision, décembre 2008

RÉFÉRENCES

Bernard-Bonnin AC. Les hauts et les bas de l'énurésie nocturne. Médecin du Québec 2008; 43 (Novembre) : 73-81.

Blum NJ. Nocturnal enuresis : behavioral treatments. Urol Clin N Am 2004; 31 : 499-507.

Bradbury MG, Meadow SR. Combined treatment with enuresis alarm and desmopressin for nocturnal enuresis. Acta Paediat 1995; 84: 1014-1018.

Corbillon E et al. Évaluation des systèmes d'alarme dans le traitement de l'énurésie nocturne primaire monosymptomatique. Mars 2003. Arch Pédiat 2004; 11 : 474-479.

Jalkut MW et al. Enuresis. Pediat Clin N Am 2001 ; 48 : 1461-1488.

Labbé J. En présence d'énurésie monosymptomatique, faut-il « s'alarmer »? Le Clinicien 1998 (Octobre) : 88-106.

Lawless MR, McElderry DH. Nocturnal enuresis : current concepts. Pediat Rev 2001; 22: 399-406.

Mammen AA, Ferrer FA. Nocturnal enuresis : medical management. Urol Clin N Am 2004; 31 : 491-498.

Meadow R. How to use buzzer alarm to cure bed-wetting. Br Med J 1977(22 oct): 1073-1075.

Moffat MEK et al. Nocturnal enuresis: a review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. Develop Behavior Pediat 1997; 18: 49-56.

Nield LS, Kamat D. Enuresis : how to evaluate and treat. Clin Pediat 2004; 43: 409-415.

Robson WLM, Leug AKC. Secondary nocturnal enuresis. Clin Pediat 2000; 39: 379-385.

Silverstein DM. Enuresis in children: diagnosis and management. Clin Pediat 2004 (April) : 217-221.

Société canadienne de pédiatrie. La prise en charge de l'énurésie nocturne primaire. Paediat Child Health 2005 ; 10 : 616-620.

Wolfish NM. Enuresis: a maturational lag. Paediat Child Health 2002; 7: 521-523.

