



GUIDE A A P I

ENURESIE

CONSEILS AUX PARENTS

Une publication de

L'Association d'Aide aux Personnes Incontinentes



Correspondance 5, Avenue du Maréchal Juin – 92100 Boulogne

Tel : 0975 63 50 60 – 06 84 13 81 19

www.aapi.asso.fr

aapi.asso@orange.fr

Avril 2009



GUIDE A A P I

Aides et Conseils aux Parents

SOMMAIRE

1. L'Enurésie

- Définition
- Les différentes causes
- Les traitements
- Le rôle du Kinésithérapeute
- Le rôle du Psychologue
- Les conseils

2. L'enfant à l'école

3. L'enfant dans son milieu familial

4. Conclusions



AVANT-PROPOS

Combien de parents se trouvent désemparés face à ce problème quotidien. Combien de questions restent sans réponses ?

Phénomène relatif à un problème médical ou simplement psychologique ?

A qui s'adresser ? Que faire ?

Toutes ces interrogations ont motivé l'A.A.P.I a publier ce petit guide très simple qui, espérons le, éclairera bon nombre de parents, grands-parents ou amis, confrontés à ce symptôme qui touche environ 400 000 enfants.

Ne parlons pas de sujet « tabou ». Essayons plutôt de comprendre et d'essayer de résoudre en majeure partie les problèmes rencontrés.

QUELQUES DEFINITIONS ET QUELQUES CHIFFRES

L'énurésie ou « pipi au lit » est l'émission d'urine involontaire et inconsciente chez un enfant ayant passé l'âge où la maturité physiologique est normalement acquise (vers 3 ans). C'est la plus fréquente des pathologies chroniques de l'enfant et une aussi une cause fréquente de consultation médicale.

L'acquisition de la propreté est une étape importante dans le développement de l'enfant. Généralement, les parents encouragent leur enfant dans cet apprentissage et le félicitent à chaque succès. Il représente une performance dont sont fiers parents et enfant.

Cependant, une éducation trop rigide et surtout trop précoce peut être préjudiciable. En effet, le contrôle sphinctérien nécessaire pour déclencher une miction consciente n'est pas acquis avant l'âge de 18 mois : pour repaire, l'enfant doit bien maîtriser la marche et être capable de monter quelques marches. Il faut qu'il soit totalement propre le jour pour qu'il puisse le devenir la nuit. De manière générale, il convient de ne pas s'inquiéter si l'enfant n'est pas propre la nuit avant 5 ans. Au-delà, on peut parler d'énurésie.

Généralement, lorsque l'enfant n'a pas acquis la propreté de jour (énurésie diurne), il continue à mouiller son lit la nuit (énurésie nocturne). Mais le plus souvent il est propre la journée, mais pas pendant son sommeil. On parle alors d'énurésie nocturne isolée.

On distingue:

L'énurésie primaire : l'enfant n'a jamais été propre la nuit. C'est la plus fréquente et touche le plus souvent les garçons.

L'énurésie secondaire: après une période de propreté d'au moins 6 mois à 1an, l'enfant se remet à souiller son lit, souvent suite à un événement traumatisant (naissance d'un petit frère, séparation, deuil...)

Sa fréquence est :

3 ans : 50%

5 ans : 15 à 20%

10 ans : 5%

15 ans : 1 à 3%

Tous les ans, 10% des enfants énurétiques guérissent.

QUELS SONT LES DIFFERENTES CAUSES DE L'ENURESIE ?

Les causes sont multiples :

Organiques

Parfois consécutives à une maladie: malformation de l'appareil urinaire, pathologie neurologique, diabète, infection urinaire...

Elles sont relativement rares (1 à 2%) et doivent être systématiquement écartées lors de l'examen clinique par le médecin.

Immaturité vésicale.

Elle se traduit par un retard physiologique des réflexes neuromusculaires contrôlant la vessie, normalement acquis vers 5 ou 6 ans.

Hormonale.

Certains énurétiques souffrent de polyurie (production d'urine supérieure à la normale) liée à une faible sécrétion nocturne de l'hormone antidiurétique (ADH) qui a pour fonction de ralentir la production d'urine pendant la nuit. Le volume d'urine émis dépassant la capacité vésicale entraîne les fuites urinaires.

Sommeil.

La plupart des parents constatent que leur enfant dort profondément et est très difficile à réveiller. En fait, le sommeil de l'enfant énurétique est normal, mais pas son mécanisme d'éveil. C'est pourquoi il ne se réveille pas lorsque sa vessie est pleine.

Hérédité.

Le risque pour un enfant de devenir énurétique est de 15% si aucun des parents n'était énurétique, 44% si un des parents l'était et 77% si les deux parents l'étaient. Ce risque est plus important s'il s'agit du père. De plus, le risque est deux fois plus important chez les jumeaux monozygotes (vrais jumeaux) que chez les dizygotes (faux jumeaux). Il persiste même chez des enfants élevés séparés de leurs parents (kibboutz d'Israël).

Une étude danoise a permis de localiser un gène impliqué dans une forme d'énurésie sur le chromosome 13.

LES DYSFONCTIONNEMENTS MICTIONNELS CHEZ L'ENFANT

*Que faire des fuites et des infections urinaires ?
Finir le pipi au lit ?*

L'ACQUISITION DU CONTRÔLE MICTIONNEL

La vessie est un organe musculaire creux, particulièrement extensible et élastique qui joue un rôle de réservoir. Elle a la capacité de stocker une quantité d'urine allant jusqu'à un tiers de litre. Les fibres musculaires lisses qui la constituent possèdent des récepteurs sensibles aux variations de pression et leur disposition explique les aspects biomécaniques de la continence et de la miction. Cependant, le muscle vésical lisse est associé, comme le muscle rectal, à un sphincter strié, **ce qui confère à la vessie un double contrôle de nature réflexe et volontaire.**

I- PHYSIOLOGIE VESICO-SPHINCTERIEENNE

La vessie a pour fonction de contenir les urines émises en permanence par les voies urinaires supérieures et de les éliminer de façon intermittente et volontaire. La fonction vésico-sphinctérienne est soumise à un double contrôle neurologique :

- ♦ un premier contrôle automatique de nature réflexe sous la dépendance d'une innervation végétative provenant de centres médullaires. **Ce réflexe est présent dès la naissance.**
- ♦ Un contrôle volontaire, sous la dépendance des centres supra médullaires encéphaliques qui vont ultérieurement contrôler la miction. **Ce contrôle se développe avec l'éducation.**

LA VESSIE AUTOMATIQUE REFLEXE

Le remplissage de la vessie s'effectue sous l'effet de la sécrétion rénale. Lorsque la vessie est pleine, les barocepteurs sensibles à la pression transmettent une information au centre mictionnel situé dans la région médullaire, ce qui induit une contraction de la vessie et l'ouverture du sphincter suivie de l'émission d'urine.

1 – La vessie du nouveau-né

La vessie du nouveau-né se remplit à basse pression. Lorsqu'elle est suffisamment pleine, le réflexe mictionnel normal se produit, associant une contraction vésicale, une chute des pressions sphinctériennes et une absence d'activité du plancher périnéal.

Ce réflexe est court chez le petit enfant de 0 à 18 mois, c'est pourquoi l'utilisation de couches est indispensable à cet âge. En effet, l'enfant ne semble pas percevoir la sensation de vessie remplie. Il ne peut ni initier, ni stopper sa miction. Les influences modulatrices centrales et corticales volontaires sont totalement absentes à cet âge. C'est ce que l'on appelle la vessie automatique réflexe basée sur le seul réflexe de distension.

L'activité électromyographique (enregistrement graphique des courants électriques qui apparaissent dans le muscle au moment de ses contractions) du plancher périnéal du nouveau-né permet de bien visualiser le fonctionnement vésical à cet âge (Figure1). Quand la vessie de l'enfant se remplit, elle atteint un seuil critique qui induit la contraction systématique de la vessie et le relâchement du sphincter. La représentation urodynamique de la vessie infantile se caractérise par un tracé d'hyperactivité où chaque contraction atteignant le seuil critique induit une miction.

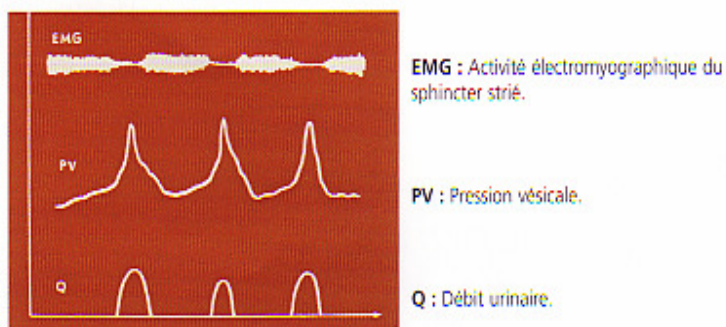


Figure 1 : Vessie automatique du nouveau-né

2 – La vessie infantile (2 à 4 ans)

La première étape de l'acquisition du contrôle mictionnel se situe habituellement entre 1 à 2 ans. L'enfant va progressivement prendre conscience de la plénitude de sa vessie, donc du besoin, puis de la contraction vésicale automatique. Il va réagir à cette sensation nouvelle par une contraction périnéale globale qui aura comme effet, d'une part d'empêcher la fuite, et d'autre part de diminuer la contraction vésicale (et donc l'envie d'uriner). Autrement dit « La prise de conscience par l'enfant du contrôle vésico-sphinctérien passe par la contraction du périnée » (Hjalmas 1989).

L'enfant devient propre bien qu'encore exposé à quelques « accidents » lorsque sa vigilance est trompée par le jeu ou le rire. Ces efforts répétés de retenue contribuent à augmenter la capacité vésicale qui double entre 2 et 4 ans. L'hyperexcitabilité diminue et le contrôle volontaire de la musculature lisse apparaît. L'enfant devient propre jour et nuit et il est alors capable d'initier volontairement sa miction.

LA VESSIE ADULTE

Sous l'action des centres supérieurs corticomésencéphaliques, la vessie évolue donc progressivement vers la vessie mature adulte (Figure 2).

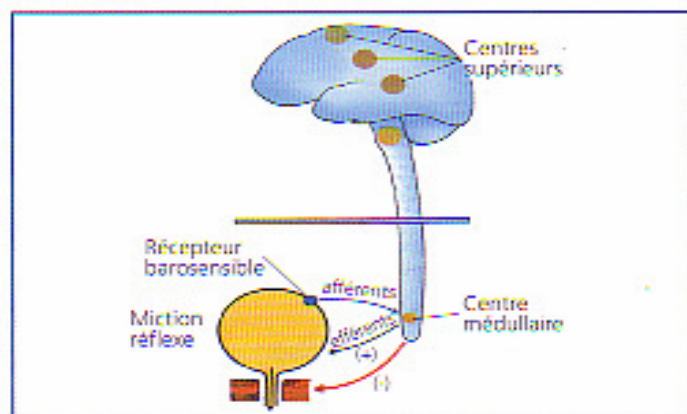


Figure 2

Cette période reste cependant relativement difficile à franchir pour certains enfants.

II- L'IMMATURITÉ VÉSICALE

Si la propreté d'abord diurne puis nocturne, est généralement obtenue vers l'âge de 3 ou 4 ans dans près de 70% des cas, de nombreux enfants présentent des fuites d'urine jusqu'à l'adolescence, voire plus.

Le passage de l'automatisme vésical du nouveau-né à l'activité vésico-sphinctérienne coordonnée et consciente de l'adulte s'effectue habituellement sans aucun problème.

Cette période reste cependant une phase critique, parfois même dangereuse. Des désordres purement fonctionnels peuvent en effet affecter l'enfant et induire, au-delà d'une certaine limite physiologique, un état pathologique qui a souvent été considéré comme étant organique.

Seules les explorations urodynamiques ont permis de faire la part des choses en montrant qu'il pouvait s'agir simplement d'un syndrome d'immaturation vésicale.

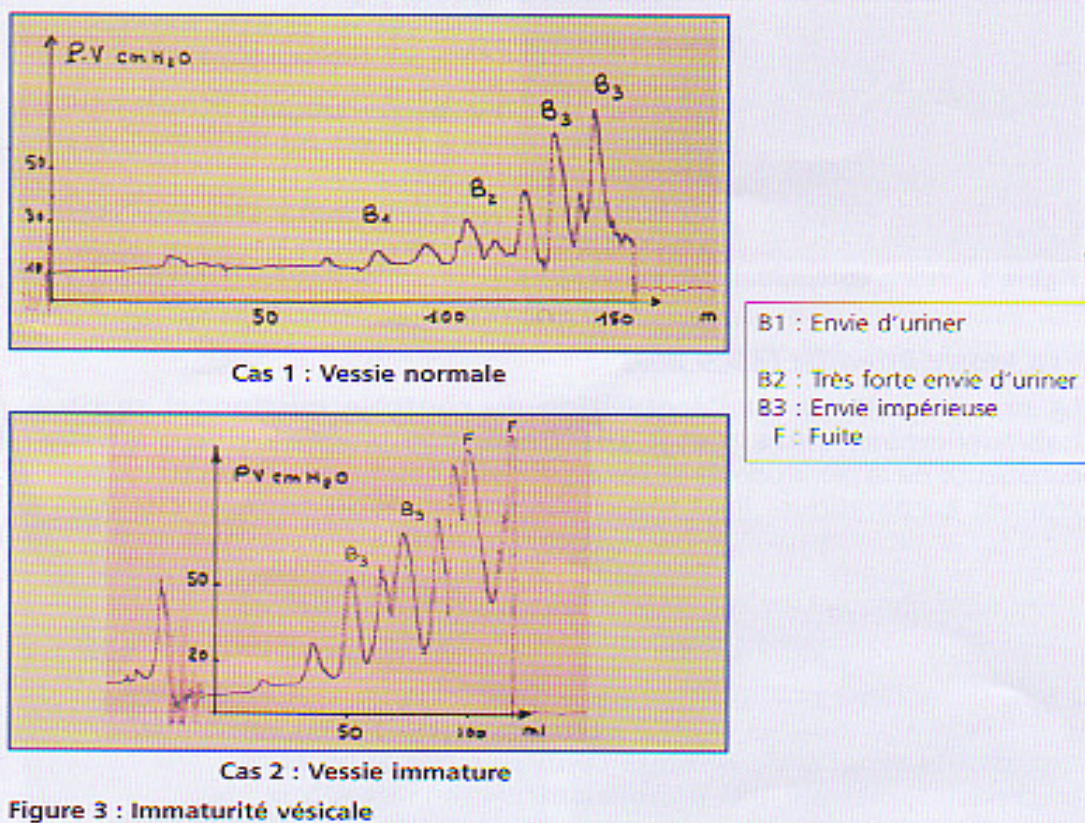
L'immaturation vésicale se caractérise sur le plan clinique par des troubles mictionnels diurnes et/ou nocturnes, parfois associés chez la fillette à une infection urinaire basse et sur le plan urodynamique par la persistance d'une hyperactivité vésicale.

La cystométrie

Elle correspond à l'étude des pressions de la vessie et de l'urètre pendant la miction.

Le processus est simple : on remplit la vessie d'eau, ce qui permet de connaître la capacité vésicale, puis on note pour quelle quantité de liquide apparaît la première envie d'uriner. Cette technique permet d'étudier également les besoins pénibles et impérieux d'uriner.

Dans les cas ci-dessous (Figure 3), on note que chez le premier enfant, l'envie d'uriner arrive progressivement (B1, B2, B3) jusqu'à la miction, alors que dans le cas 2, la pression monte très vite (15 minutes) et la limite des capacités du sphincter est rapidement atteinte. La miction devient impérative.



Comme il existe un total parallélisme entre les courbes de cystométrie et l'interrogatoire clinique, les explorations urodynamiques sont la plupart du temps inutiles.

III – LES DYSFONCTIONS MICTIONNELLES COURANTES

Elles peuvent être classées, de manière non officielle en 2 stades :

- ◆ Les dysfonctions mictionnelles mineures
- ◆ La vessie rétentionnelle.

1 – La classification

▪ Stade I

Les dysfonctions mictionnelles mineures sont des états qui se situent à la limite du comportement physiologique. Ce sont des troubles mictionnels liés à l'immaturation vésicale caractérisés par des impériosités, des petites fuites et une pollakiurie. A l'examen, on constate souvent que la vessie est petite, épaisse, trabéculée. A force de rétention, le sphincter vésical se relâche mal. L'enfant se met à pousser pour vider sa vessie et on assiste à un début de dyssynergie vésico-sphinctérienne per-mictionnelle donnant des mictions saccadées, interrompues et un petit résidu post-mictionnel.

▪ Stade II

Il correspond à une vessie rétentionniste. A force de se retenir, l'hypertonie sphinctérienne se renforce, la vessie hyperactive se fatigue et se laisse progressivement distendre. La dyssynergie sphinctérienne per-mictionnelle s'aggrave. On est alors à un stade d'uropathie obstructive fonctionnelle délétère, source d'infections et de fuites.

2 – Faut-il faire des examens complémentaires ?

Ils ne sont pas nécessaires en l'absence de contexte pyélonéphritique (absence de fièvre). Toutefois, une échographie peut être demandée par le spécialiste afin de s'assurer de l'absence d'anomalies rénales et vésicales. De même, une débimétrie peut être souhaitable.

A l'inverse, l'exploration urodynamique reste exceptionnelle car l'interrogatoire minutieux est suffisant la plupart du temps.

4 – Faut-il prescrire un traitement médicamenteux ?

On associe trop souvent fuites d'urine avec hyperactivité vésicale, ce qui amène à prescrire un médicament anticholinergique (oxybutinine) alors qu'il s'agit le plus souvent d'un « trop plein », entraînant fuites et impériosités, facilement confondu avec une immaturité vésicale. Les anticholinergiques, en accentuant la rétention, aggravent le problème. Néanmoins une attitude thérapeutique peut être préconisée en fonction du contexte.

Protocole thérapeutique :

- ***Hyperactivité vésicale : anticholinergiques***
- ***Regorgement ou reflux rétro vaginal : éducation mictionnelle.***

La meilleure prévention de l'infection urinaire est :

- D'assurer des mictions fréquentes et complètes (sans résidu) en conseillant à l'enfant de boire pendant la journée,
- De proposer une bonne éducation mictionnelle à tout l'entourage,
- Quand le besoin de rééducation se présente, vérifier la compétence du rééducateur.

5 – Quelles sont les complications des dysfonctions mictionnelles ?

Elles peuvent être banales, mais aussi beaucoup plus graves.

Citons :

- les troubles mictionnels,
- les infections urinaires : cystite, pyélonéphrite.
- Le reflux
- La dyssynergie vésico-sphinctérienne : modérée, sévère (syndrome de HINNMAN).

Exposé fait par le Professeur Michel AVEROUS – Urologue Pédiatre au CHU de Montpellier lors de la 4^{ème} conférence-débat de l'Institut TENA, Montpellier

QUAND FAUT-IL CONSULTER VOTRE MEDECIN ?

Si l'énurésie est isolée, pas avant 5 ans. Par contre plus tôt s'il existe des problèmes importants dans la journée, si des troubles sont associés ou si l'enfant a des infections urinaires car il peut alors s'agir d'une malformation.

Votre médecin, grâce à un interrogatoire précis, analysant les conditions de survenue de l'énurésie, et à l'examen de l'enfant, pourra préciser le type d'énurésie.

Dans la plupart des cas, aucun bilan n'est nécessaire mais dans certaines circonstances, il faudra réaliser quelques examens pour éliminer une malformation et vérifier le fonctionnement dans la vessie et des sphincters. Il peut s'agir d'une simple échographie ou un radiographie plus complète de la vessie (cystographie). On peut effectuer une débitmétrie en faisant uriner l'enfant dans un appareil. Chez certains enfants, on peut être amené à pratiquer un examen urodynamique, c'est-à-dire l'enregistrement du fonctionnement vésical après mise en place d'une petite sonde dans la vessie.

LES TRAITEMENTS

COMMENT TRAITER L'ENURESIE ?

Il n'y a pas de traitement miracle mais diverses méthodes peuvent être utilisées.

Des conseils sont valables dans tous les cas, suffisants chez certains.:

Médicamenteux

Des médicaments peuvent être utilisés, que votre médecin vous prescrira en fonction du type d'énurésie, agissant sur le fonctionnement de la vessie, la sécrétion d'urines ou la qualité du sommeil.

- Imipramine (antidépresseurs) intervient sur l'organisation du sommeil. Risques létaux. A proscrire.
- Desmopressine. Hormone synthétique de la vasopressine qui est une hormone antidiurétique diminuant la production nocturne d'urine. Souvent administrés sous forme de spray nasal. Généralement efficace dans 70% des cas, mais les rechutes sont fréquentes à l'arrêt du traitement.
Effets secondaires neurologiques graves sont rares et dus à un excès d'apports liquidiens.

Alarmes

Les alarmes sonores sont indiquées dans certains cas. Leur utilisation implique une bonne participation de la famille.

D'autres traitements peuvent être proposés (homéopathie, acupuncture, cures...(*)).

(*) *Salies les Bains – Lons de Saunier – Salies de Béarn – Salies du Salas*

*Pr Jacques MOSCOVICI
Mars 2009*

LE RÔLE DU KINESITHÉRAPEUTE

Trop longtemps considérée comme une "thérapie occupationnelle", la kinésithérapie a largement démontré son efficacité dans le traitement alternatif de l'énurésie. L'amélioration de la fréquence de l'énurésie passe obligatoirement par la volonté de l'enfant de prendre en charge son problème. Même s'il est vraisemblable que la kinésithérapie n'accélère pas la maturation des voies nerveuses vésicales, il reste toutefois certain qu'elle modifie les comportements et l'éducation de l'inhibition. La rééducation va favoriser la responsabilisation de l'enfant, le valoriser et le faire passer psychologiquement dans le monde des grands.

Elle va faire appel à des techniques simples ou plus complexes qui ont toutes pour objectif de faciliter l'apprentissage des mécanismes de la continence urinaire.

Cette acquisition deviendra ensuite un véritable réflexe conditionné.

L'électrostimulation :

Il a été démontré scientifiquement que l'application de courants alternatifs biphasiques de basse fréquence activait de façon réflexe la diminution de l'activité vésicale appelée "inhibition". Cette thérapie nécessite l'utilisation d'électrodes cutanées autocollantes appliquées sur le périnée. L'enfant augmente progressivement l'intensité de la stimulation au-dessus du niveau de sensibilité et toujours en dessous du seuil douloureux. Comme pris dans un jeu, l'enfant pilote lui-même le stimulateur et adapte ainsi l'intensité à sa propre perception de sensibilité. Il est classique de considérer que cette électrostimulation dure au minimum une quinzaine de minutes, mais cette durée doit être adaptée à l'attention de l'enfant.

Le biofeedback périnéal :

Le biofeedback repose sur la visualisation de la contraction périnéale sur un graphique ou un écran vidéo. Le rétrocontrôle volontaire impose de modifier l'activité vésicale par mécanisme réflexe généré par la contraction périnéale et sphinctérienne.

Cette méthode a pour intérêt de faire prendre conscience à l'enfant de l'état de contraction ou de relâchement de ses muscles périnéaux et permet d'augmenter

l'inhibition volontaire et de réaliser un véritable réflexe conditionné. Cette thérapie totalement indolore dure une dizaine de minutes.

Traitement comportemental :

Le traitement kinésithérapique instrumental doit toujours être associé à des techniques comportementales. Le calendrier mictionnel consiste à noter les éventuels accidents je jour et la nuit pendant 4 semaines. L'enfant doit prendre en charge seul ce calendrier qui doit être simple et pratique. L'analyse statistique de ce calendrier permet d'améliorer la relation avec l'enfant qui reste acteur et interlocuteur de son traitement.

Les alarmes ont une place à part dans la prise en charge alternative de l'énurésie et sont relativement mal acceptées par l'enfant et la famille. Le but de l'appareillage sonore est de réveiller l'enfant dès l'émission des premières gouttes pour qu'il puisse terminer sa miction aux toilettes mais lorsque l'enfant se réveille, alerté par l'alarme, il est trop tard et bien souvent la miction au lit a eu lieu.

Le kinésithérapeute aura soin de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques et psychologiques pour responsabiliser l'enfant. La restriction liquidienne le soir est indispensable

Ces différentes techniques comportementales nécessitent une bonne qualité du rapport avec l'enfant, en intégrant un aspect ludique à la rééducation, en permettant une maturation sociale accompagnant habituellement la maturation neuropsychologique.

Extrait "Bilans et Rééducation" Mr. J.P. Dentz – Cadre Santé et Kinésithérapeute à Stains – Janvier 2009

LE ROLE DU PSYCHOLOGUE

L'énurésie semble toujours avoir existé car elle remonte à la nuit des temps. On retrouve des documents concernant des observations dès Aristote (384-322 avant J.-C) qui soupçonnait déjà le rôle du sommeil dans la cause possible de l'énurésie nocturne -avis souvent partagé à l'heure actuelle par de nombreux parents. En fait, de nos jours, les études montrent que l'énurétique ne souffre pas d'un problème de sommeil, mais d'un trouble de l'éveil.

Le traitement de l'énurésie a aussi suscité de nombreuses recherches et ce, dans toutes les civilisations. Certaines tentatives pour la traiter relèvent plutôt de rites magiques, notamment dans des sociétés primitives. Ainsi, chez les indiens Navajo, le rite consiste à maintenir l'enfant énurétique de 4/5 ans au-dessus d'un nid d'oiseau en feu, puisqu'un oiseau n'urine pas dans son nid.

Au Nigeria, on attache un crapaud au pénis de l'enfant, qui en urinant fait croasser le batracien, ce qui réveille l'enfant. De nos jours, on retrouve un conditionnement étrangement similaire avec le « pipi stop ».

Depuis quelques années maintenant, les recherches se sont multipliées et ont mis en évidence une étiologie génétique, hormonale, vésicale etc. (qui est détaillée par ailleurs dans cette brochure).

Aussi, la cause psychologique longtemps incriminée a été mise au second plan.

Néanmoins, le rôle du psychologue reste important dans la prise en charge de l'énurésie, notamment dans le cas d'énurésie secondaire, où l'enfant se remet à souiller son lit après avoir été propre pendant une période plus ou moins longue (au moins 6 mois). Dans ce cas, elle survient souvent après un événement traumatique, tel que deuil, séparation, naissance d'un puîné, déménagement etc., chez un enfant ayant déjà un terrain énurétique. Cette manifestation régressive, pouvant prendre d'autres formes chez un enfant non prédisposé: apparition de bégaiement, tics, phobie scolaire, réactions somatiques etc.

Même en cas d'énurésie primaire (quand l'enfant n'a jamais été propre) où l'aspect psychologique semble moindre, la consultation d'un psychologue s'avère souvent utile.

En effet, le retentissement psychologique est important:

- honte, culpabilité, baisse de l'estime de soi pour l'enfant.
- punitions, réprimandes de la part des parents excédés par la surcharge de travail occasionnée par les nombreuses lessives.
- risque de dépression aussi bien chez l'enfant que chez les parents (généralement la mère!) épuisés par les nuits perturbées et le manque de sommeil.
- rejet de la fratrie, des copains etc.

Le psychologue aura donc principalement un rôle de guidance parentale :

1) Donner quelques repaires concernant l'apprentissage de la propreté.

- pas d'éducation trop précoce.

Cette éducation ne peut se faire que si l'enfant a le contrôle de ses sphincters, vers 18 mois. Les parents pourront vérifier que leur enfant a atteint la maturation neuromusculaire lorsqu'il marchera parfaitement seul et sans appui et qu'il sera capable de monter et descendre quelques marches.

C'est seulement lorsqu'il sera propre le jour que pourra commencer l'apprentissage de la propreté nocturne.

- suppression des couches.

La propreté diurne acquise, la couche peut être supprimée la nuit. En général, l'enfant est propre vers 3 ans, mais certains sont plus tardifs. Après 5 ans, on peut parler d'énurésie.

2) Expliquer aux parents et à l'enfant ce qu'est l'énurésie.

- démontrer que l'enfant n'est pas responsable de son symptôme va permettre de le déculpabiliser et de restaurer son estime de soi.
- cela va aussi permettre de rétablir de bonnes relations familiales souvent perturbées. En effet, quand les parents sont convaincus que leur enfant fait exprès pipi au lit, ils lui font souvent subir réprimandes et punitions, voire des sévices corporels qui hélas ne sont pas si rares de nos jours.

3) Donner quelques conseils de conduite à tenir.

- limiter les boissons le soir.
- vider sa vessie avant de se coucher
- mettre une veilleuse dans la chambre si besoin
- bannir les couches qui le maintiennent à la fois dans une position infantile et au sec, rendant ainsi impossible la prise de conscience de la miction.
- pas de réprimandes, punitions ou humiliations (surtout en public!)

4) Faire participer l'enfant à la prise en charge de son traitement.

- lui demander de changer ses draps, pyjama...
- lui faire noter les nuits sèches ou mouillées dans le « calendrier soleil » (que lui a remis le médecin) par un soleil ou un nuage, afin d'encourager ses progrès.

Une prise en charge thérapeutique est parfois proposée:

Individuelle (psychothérapie)

Collective (thérapie familiale, psychodrame, groupes de parents...)

Lectures recommandées

- Cochat P. *Énurésie et troubles mictionnels de l'enfant.*(1997) Paris, Elsevier.
- Antier E. *Mon bébé devient propre.*(1999) Balland/Jacob-Duvernet
- Cymes M., Depoix R. *Pipi au lit, ça se soigne!* (2003) Balland/Jacob-Duvernet

Mme Anne HARSANT
Psychologue au CNRS

L'ENFANT A L'ECOLE

Un enfant qui n'est pas propre le jour, ne peut pas l'être la nuit. Apprenons donc déjà à son cerveau de bien discipliner ce réservoir qu'est la vessie. C'est comme une voiture, il faut savoir faire la vidange régulièrement si l'on veut qu'elle continue à bien rouler !

Afin de perdre les mauvaises habitudes mictionnelles, quelques conseils sont utiles :

^ *Ne pas attendre le dernier moment pour aller aux toilettes,*

Parfois la vessie est tellement pleine, que le cerveau n'a pas le temps de commander la fermeture du petit robinet qu'est le sphincter et qu'au contraire l'ouverture de ce petit robinet se fait sans qu'il lui demande. et là c'est le petit accident. : la culotte, le slip ou la literie sont mouillées.

^ *Uriner en position assise confortable, genoux écartés,* pour permettre non seulement à la vessie de bien se vider, mais aussi de ne pas courir le risque d'un passage intravaginal de l'urine à l'origine de vulvites ou de vaginites.

Pour les petites filles, s'installer confortablement sur le siège des WC, écarter bien les jambes, bien baisser la culotte, jean, pantalon et se décontracter : cela évitera de mettre les petites gouttes sur les cuisses.

Pour les petits garçons, bien baisser le pantalon, rester debout et pourquoi pas ne pas faire une prouesse de « hauteur de jet » !

^ *Prendre son temps pour uriner,* se détendre, ne pas pousser, ne pas vouloir avoir fini avant d'avoir commencé, et surtout faire pipi jusqu'à la dernière goutte.

^ *Eviter les vêtements trop serrés difficiles à enlever.*

Il est évident que faire pipi en dehors de la maison n'est pas chose facile, surtout à l'école

Les paroles d'enfants ne peuvent refléter que la réalité.

Bien que la récré soit consacrée aux jeux extérieurs, il est évident que la pose pipi est obligatoire, mais là le scénario peut être catastrophique :

- les portes des toilettes ne ferment pas ou très mal !
- les toilettes filles et garçons sont séparées, mais parfois il n'y a plus de papier chez les filles, alors on va en piquer chez les garçons !
- les chasses d'eau ne fonctionnent plus !
- l'endroit est sale et il faut remonter ses jambes de pantalons pour ne pas les mouiller !
- il y a du pipi sur les bords des toilettes et on ne peut pas s'asseoir confortablement !
- et le coin lavabo ? pas de papier pour s'essuyer les mains et le réceptacle est plein à craquer.

Conséquences ?

- L'enfant se retient et a mal au ventre,
- Une vessie mal vidée peut entraîner des infections urinaires, brûlures, picotements
- Plus tard, l'enfant devenant adulte, peut rencontrer des problèmes importants et devenir un futur incontinent.

Il faut donc que ces premiers conseils soient mis en application dès le départ de la maison et à l'école pour qu'ensuite, la nuit, le rôle important des commandes du cerveau soient bien réglées.

Pr. AVEROUS Plaquette Tena

L'ENFANT DANS SON MILIEU FAMILIAL

Parents, participez à lever les tabous. Soyez à l'écoute de votre enfant dans son environnement familial. Sa bonne santé passe aussi par des bons conseils et une attention particulière quant à sa propreté.

Il nous arrive souvent, lors de nos appels téléphoniques, d'entendre ceci :

- **« Mon fils est énurétique, mon mari avait des problèmes à son âge » Est-ce héréditaire ?**

Des antécédents familiaux d'énurésie sont retrouvés chez 44% des enfants énurétiques.

- **« Mon enfant était propre dès 3 ans et maintenant à 6 ans, il refait pipi au lit, Pourquoi ? »**

Il vient de rentrer à la « Grande Ecole » et sa timidité l'empêche de demander au maître et à la maîtresse de se rendre aux toilettes. Il se retient et sa vessie « souffre ». Mais l'arrivée de la petite sœur ou du petit frère ne vient-elle pas perturber son comportement ? Il veut redevenir bébé et surtout qu'on lui prête autant d'attention qu'au bébé.

- « Chez ses grands parents, ma fille est propre, à la maison, c'est la catastrophe toutes les nuits »

Bien sûr, mamie et papi interdisent les boissons gazeuses la journée et le dernier verre d'eau ou de lait avant d'aller se coucher. Ils ont pris soin de vérifier s'il est bien aller aux toilettes avant et surtout ...pour éviter les angoisses de la nuit, lui ont raconté une histoire ou lu quelques pages de son livre préféré.

- « Caroline se rebelle et rien que pour me narguer, elle mouille son lit. Elle se complet dans ses couches »

C'est un phénomène rare mais qui existe et il faut se rendre à l'évidence. C'est une sensation de plaisir qu'éprouve Caroline. Elle ne veut surtout pas « narguer », mais elle pense que cet état de fait est une supériorité par rapport à vous.

- « Hubert a honte devant ses camarades et il ne veut pas aller en classe verte »

Il faut agir de telle manière qu'un bon dialogue avec les parents de ses copains et les enseignants soit établi.

Toutes ces questions sont fréquentes. Beaucoup d'angoisse, de désespoir.

VOTRE ENFANT EST ENURETIQUE

PAS D'AFFOLEMENT !

Votre enfant n'est pas le seul à être énurétique. Sachez qu'un enfant sur dix en France est énurétique. Donc, parmi ses copains, il y en a sûrement un aussi, et des parents qui sont dans le même cas que vous.

L'énurésie ne dure pas toute la vie. Ce petit dérèglement peut passer vers les 8 ans (seuls 8 à 10% le sont encore) et à l'adolescence (seulement 2 à 3%).

Pour le bien être de votre enfant et de toute la famille, sachez éviter des crises de nerfs ou d'angoisse.

C O N C L U S I O N S

L'enfant, les parents, le médecin ont un rôle important à jouer pour prévenir l'énurésie.

Ce problème est à prendre très au sérieux. Il s'agit le plus souvent d'une pathologie acquise d'origine purement fonctionnelle, mais l'examen clinique est cependant indispensable pour éliminer toute éventuelle anomalie congénitale par ailleurs.

La bonne éducation mictionnelle de votre enfant conditionne le fonctionnement de sa vessie pour la vie ! En cas de doute, n'hésitez pas à consulter un médecin spécialiste.

Il faut avant tout oser en parler et faire de la prévention en informant parents et enseignants.

(Extrait du Guide Tena)

GLOSSAIRE

ADH

Hormone antidiurétique, appelée aussi vasopressine, sécrétée par l'hypothalamus, qui permet de diminuer le volume urinaire nocturne.

Cystographie

Radiographie de la vessie après injection d'une substance de contraste par l'urètre ou par voie intraveineuse, ou d'un gaz.

Détrusor

Muscle de la paroi de la vessie

Diurèse

Volume d'urines émises par 24 heures.

Dysurie

Difficulté parfois douloureuse à uriner avec baisse du débit urinaire.

Énurésie (pipi au lit)

Emission d'urine involontaire et inconsciente chez un enfant ayant passé l'âge où la maturité physiologique est normalement acquise (vers 3 ans).

Enurésie primaire

Chez un enfant n'ayant jamais été propre la nuit.

Enurésie secondaire

Chez un enfant qui se remet à souiller son lit, après une période de propreté d'au moins 6 mois à 1 an.

Enurésie diurne

Chez un enfant n'ayant pas acquis la propreté de jour.

Enurésie nocturne

Chez un enfant mouillant son lit la nuit.

Hyponatrémie

Excès d'apport liquidien (boisson en quantité excessive)

Impériosité

Besoin pressant d'uriner.

Incontinence urinaire

Fuite involontaire d'urines.

Miction

Acte de vider sa vessie de façon volontaire.

Pollakiurie

Emissions fréquentes d'urine.

Polyurie

Augmentation de la quantité d'urine émise.

Sphincter

Muscle en forme d'anneau permettant l'ouverture ou la fermeture de la vessie (sphincter vésical) ou de l'anus (sphincter anal).

Urée

Substance organique (produit final de la décomposition des acides aminés), synthétisée par le foie pour passer dans le sang, et éliminée par l'urine.

Urémie

Intoxication causée par la rétention dans l'organisme, en particulier dans le sang, des substances azotées normalement éliminées par les urines.

Urètre

Canal permettant l'écoulement de l'urine.

Nous tenons à remercier

Le Pr. Michel AVEROUS – Urologue Pédiatrique – CHU Montpellier

Le Pr. Jacques MOSCOVICI – Urologue Pédiatrique – Hôpital Purpan

Mr. Jean-Pierre. DENTZ– Cadre Santé et Kinésithérapeute à Stains

Madame Anne HARSANT – Psychologue au C.N.R.S.

L'Institut TENA

qui ont contribué à la rédaction de ce Guide.