

Enurésie

Le contrôle mictionnel relève d'une acquisition progressive durant les premières années de la vie.

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 au-delà.

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 n'en demeure pas moins une phase critique, parfois même dangereuse chez certains sujets. Des désordres purement fonctionnels peuvent affecter l'enfant et induire, au-delà d'une certaine limite physiologique, une véritable pathologie, jusqu'ici souvent considérée comme organique et que seules les explorations urodynamiques ont permis d'individualiser.

Il s'agit du syndrome d'immaturation vésicale dont le dénominateur commun clinique est représenté par des troubles mictionnels diurnes et (ou) nocturnes, parfois associés chez la fillette à une infection urinaire basse et dont la réalité urodynamique est la persistance d'une hyperactivité vésicale.

Le syndrome d'immaturation vésicale et ses conséquences.

1- Définition

Ce syndrome correspond à la persistance d'une vessie de type infantile automatique, responsable de besoins fréquents mais en ce sens différent que l'enfant cherche maintenant à retenir ses urines.

2- Les signes cliniques

Ce sont des troubles de la continence diurne et nocturne.

A/ Les troubles mictionnels diurnes sont évocateurs.

Ils sont retrouvés par l'interrogatoire de l'enfant et de l'entourage.

Il s'agit d'une impériosité, d'une pollakiurie et de petites fuites d'urine, responsable de la classique "culotte mouillée".

- a) la forme "pollakiuriente" :

L'enfant soumis à un besoin impérieux est obligé d'uriner. Il atteint difficilement les toilettes et perd quelques gouttes en chemin. Il développe souvent un véritable automatisme d'où est exclu cet effort de retenue volontaire qui empêche ou retarde l'acquisition de la propreté diurne et entretient la pollakiurie.

Certaines circonstances de la vie sociale de l'enfant (trajets en voiture, mise à l'école...) imposent des rythmes de miction souvent différents des rythmes spontanés, liés aux contractions vésicales non inhibées. L'enfant est alors conduit à un tel effort de retenue qu'il va, avec plus ou moins de facilité, apprendre à éviter la fuite en contractant souvent, au-delà du raisonnable, son plancher pelvien. Ce type de situation explique souvent le caractère secondaire des troubles... alors qu'à la maison tout se passait bien, l'enfant pouvant satisfaire son besoin !

- b) la forme "rétentionniste" :

A force de retenir, certains enfants développent une hypertonie sphinctérienne striée et deviennent rétentionnistes. La vessie augmente sa capacité et ne se vide qu'une ou deux fois par 24 heures. Cette forme est presque toujours le fait d'une mauvaise éducation vésicale et mictionnelle chez des enfants au départ spontanément pollakiuriques.

B/ Les troubles mictionnels nocturnes : l'enurésie nocturne

Ce qui se passe le jour au niveau du détrusor, soumis à une hyperactivité non ou insuffisamment inhibée, se poursuit la nuit. Mais l'enfant endormi, l'impériosité et le besoin ne suffisent pas toujours à le réveiller. La vigilance, responsable de la réaction sphinctérienne, fait défaut et l'hyperactivité vésicale entraîne ... l'inondation.

De nombreux auteurs ont insisté sur le caractère profond du sommeil des enfants

énurétiques. C'est évidemment un élément supplémentaire qui ne peut qu'aggraver cet état d'immaturité vésicale sous la forme d'énurésie nocturne. Ceci ne veut évidemment pas dire que toutes les énurésies relèvent d'une immaturité vésicale mais lorsqu'elles sont associées à ces signes diurnes, il est tout-à-fait possible qu'elles fassent partie intégrante du tableau d'immaturité. Elles sont alors accessibles au traitement commun anticholinergique.

Les possibilités thérapeutiques

Il n'y a bien entendu pas de traitement curateur absolu de l'immaturité vésicale. Seul le temps permet l'organisation progressive des mécanismes du contrôle mictionnel par inhibition des centres supra-médullaires tenant sous leur dépendance l'hyperactivité.

A/ Le traitement pharmacologique anticholinergique

L'hyperactivité vésicale est sous une dépendance pharmacologique de type cholinergique. Elle sera tout naturellement combattue par des drogues anticholinergiques. Traiter l'hyperactivité du détrusor revient à réduire l'amplitude de ses contractions non inhibées. Les conséquences sont évidentes. Le jour, l'hypersensibilité contemporaine des pics de pression et responsable des impériosités et des fuites, diminue. L'enfant peut ainsi accroître sa capacité vésicale. Il réduit parallèlement sa pollakiurie et permet à sa vessie de franchir le cap d'une nuit sans perte d'urine.

B/ La rééducation ou l'éducation vésicale

Suivant le type d'expression clinique de l'immaturité, les conseils seront différents. Aux formes pollakiurantes, on demandera d'essayer de résister dans la mesure du possible aux besoins et d'espacer les mictions : ce qui aura à terme, l'effet d'augmenter la capacité vésicale. Dans tous les cas, on insistera sur l'absolue nécessité d'effectuer des mictions sans forcer, avec un maximum de relâchement périnéal.

A l'opposé, et surtout pour lutter contre l'infection urinaire, on suggérera aux enfants à tendance rétentionniste d'augmenter leur fréquence mictionnelle. Un carnet régulièrement tenu, la participation de l'entourage familial ou scolaire arrivent très souvent à régler le problème.

Dans tous les cas, le recours aux techniques de biofeedback est toujours bénéfique mais ce type de rééducation ne s'adresse qu'à des enfants suffisamment grands et motivés auxquels l'on aura su expliquer le caractère fonctionnel de leur trouble.

... Ne pas oublier enfin que le temps est un Maître, et que lui seul permet de régler le problème à terme... car le seul traitement de l'immaturité est l'acquisition progressive de la maturation vésicale.

Réf. Averous M. Le syndrome d'immaturité vésicale J.Urol.1985