

Conduite à tenir en présence :

d'Une énurésie

L'énurésie est une affection fréquente qui pose aux parents des problèmes que pédiatres, urologues et neuropsychiatres ont parfois quelques difficultés à résoudre.

Définition

De nombreuses définitions ont été données de l'énurésie. Quelles soient les formules utilisées, l'unanimité est faite sur la définition suivante :

- Miction normale, active et complète,
- Nocturne essentiellement,
- Sans lésion de l'appareil urinaire,
- Chez un enfant de plus de 3 ans.

LE TRAITEMENT

I. Le traitement prophylactique

C'est uniquement et seulement l'apprentissage correct de la propreté par le tout jeune enfant.

L'éducation **diurne** a le rôle primordial et nocturne qui ne peut être acquise que quelques mois après l'installation du contrôle mictionnel dans la journée.

- Cette éducation ne doit pas être trop précoce puisqu'elle est fonction d'une certaine maturation anatomique et neurologique : c'est vers **14 mois** seulement qu'elle peut être entreprise, c'est-à-dire quand la marche est assurée.
- Ce n'est pas heures fixes, mais en sachant repérer la manifestation de l'envie, que l'on mettra l'enfant sur le pot : la miction apporte alors à l'enfant qui résiste à l'envie, soulagement et sensation de puissance et évite les stations interminables et infructueuses sur le pot.
- Cette éducation doit être menée avec calme et bon sens en évitant aussi bien la surprotection qu'une sévérité excessive.

II. Le traitement curatif

Sont à proscrire divers procédés :

- Les méthodes d'intimidations : injections douloureuses (épidurale, électrochoc lombopubien...),

- La méthode de Clin : changement de linge une fois par semaine seulement-sans aucun traitement.

Ceci dit, le traitement curatif comporte :

- Des prescriptions hygiéno-diététiques,
- Des prescriptions médicamenteuses,
- Rééducation et psychothérapie.

Prescriptions hygiéno-diététiques

Hygiène

Eviter tout ce qui est susceptible d'entretenir le symptôme :

- Il faut éviter une vie calme, dans un climat familial détendu, un sommeil suffisant, des activités physiques et scolaires fonction de l'état de santé de l'enfant, la fatigue aggravant les choses.
- Ce qui est important : c'est de supprimer tous les moyens de protection (couches, bambinettes...) et soins cutanés qui maintiennent l'enfant dans sa mentalité régressive et entretiennent des excitations génitales. L'enfant doit coucher en veste de pyjama seulement, sur un tapis de plastique par exemple.
- Quelques précautions ont l'avantage d'une action psychothérapeutique : matelas dur, pieds du surélevés...

Régime

- Eliminer ce qui est diurétique (café, thé, cacao) et veiller au bon fonctionnement intestinal.
- La suppression des liquides après 16 h est illogique, sauf en cas de potomanie. Cette restriction liquidienne n'est pas recommandable.
- Le régime hyper salé de Krasnogorski connaît certains succès probablement grâce à une action psychologique due à son caractère inhabituel :
 - Restriction liquidienne totale à partir de 16 h,
 - Dîner sec et peu salé,
 - Au coucher : sandwiches avec beurre salé, anchois, jambon salé ou tout autre aliment pouvant être salé ou resalé.

Prescriptions médicamenteuses

Pour agir sur la dystonie neuro-végétative et l'hypertonie vésicale :

- **Belladone** :
 - Soit sous forme de **teinture** :

1 goutte par année d'âge trois fois par jour, en augmentant progressivement d'une goutte par jour jusqu'à obtenir rougeur de la peau et accélération du pouls, puis diminuer légèrement ;

- Soit sous forme d'**extraits sec** :

0,03 g avant 5 ans, 0,03 à 0,05 g de 5 à 10 ans.

Le traitement doit être surveillé et poursuivi 15 jours après l'arrêt éventuel de l'énurésie.

- **Spasmoplégiques de synthèse** : La dose quotidienne étant soit répartie en deux prises, soit donnée en une seule prise le soir.
- **Sédatifs** :
 - Bromure de calcium, tranquillisants...Le **Théralène** peut être utile chez ces enfants que le phénobarbital énerve le plus souvent.

Pour agir directement sur la musculature vésicale :

- Belladone ou antispasmodique de synthèse en cas d'hypertonie ;
- Ephédrine : 25 mg par jour en cas d'atonie prouvée par cystométrie.

Pour agir sur l'hypersomnie éventuelle :

- Amphétamines : ortédrine 2 à 10 mg par jour suivant l'âge et la tolérance.
- Pipradol : 1 à 2 mg le soir.

Leur utilisation réclame néanmoins une certaine prudence.

L'hormonothérapie (gonadotrophine chorionique, testostérone) n'a que des indications limitées.

Les autres thérapeutiques : acide phosphorique, vitamines C, E., n'ont qu'une action psychothérapique.

Il en est de même des procédés physiothérapiques.

Les procédés les plus récents et les plus efficaces actuellement sont : l'éducation mictionnelle, l'explication anatomo-physiologique, le réveil nocturne conditionné et la psychothérapie.

1. Education mictionnelle :

Basée sur la cystométrie, cette thérapeutique a pour but d'accélérer ou de parfaire la maturation mictionnelle (Lauret)

Il faut obtenir, pour l'appliquer, la coopération entière des parents, donc leur confiance, il faut leur faire comprendre :

- La nécessité de corriger les troubles diurnes,
- La nécessité de faire uriner l'enfant quand sa vessie est peu remplie et non pas de le forcer à se retenir la vessie pleine.

Il faut obtenir aussi la coopération de l'enfant, l'intéresser à ses progrès, lui faire faire tenir un calendrier -ce qui n'est possible après 4 ans.

La cure dure trois semaines environ et exige la présence constante de l'enfant dans la famille, donc la suspension de l'école.

La conduite pratique est la suivante :

- **Pendant la journée** : l'enfant doit uriner à des intervalles régulièrement imposés, **à la montre**,
- De 8 h (lever) à 12 h : toutes les demi-heures,
- De 12 h à 17 h : tous les trois quarts d'heures,
- De 17 h à 21 h toutes les heures.

Après une semaine, si ces consignes sont bien observées, on porte le délai du matin à trois quarts d'heure pour atteindre dans la soirée 1 h 30 et même 2 heures.

- **Pendant la nuit** : après avoir repéré l'heure habituelle de la miction ou de la première en cas de miction répétée, l'enfant doit être réveillé **complètement**, une seule fois, par la mère (par le père de préférence pour les garçons), puis par un
- réveil à la sonnerie bruyante, et l'enfant **doit** aller uriner aux W.C.

2. Explication anatomo-physiologique :

Elle a pour triple avantage :

- De démystifier le symptôme,
- De déculpabiliser,
- D'intéresser l'enfant et de combattre sa passivité.

Elle doit simple et adaptée aux possibilités intellectuelles de l'enfant.

- Emplacement et rôle des reins, des uretères, de la vessie, du sphincter et de ses relations avec le centre cérébral sont succinctement exposés à l'enfant qui doit répéter ensuite ce qu'il a retenu et compris ;
- C'est au cours de ces explications qu'on envisage avec l'enfant la possibilité de le guérir grâce un système qui l'avertira des défaillances de son sphincter, défaillances dont il n'a pas conscience pendant son sommeil (soulé).

3. Réveil nocturne conditionné :

La solution idéale consiste à obtenir une réponse conditionnée à l'incitation vésiculaire en la majorant puisqu'elle n'est pas ressentie.

- C'est ce que réalise l'appareil avertisseur de Genouille utilisé par Lepoutre : les premières gouttes d'urine ferment un circuit électrique et font retentir une sonnerie ; les explications concertants l'utilité et le fonctionnement de l'appareil sont données à l'enfant –seul à seul- puis répétées devant la mère à seule fin que celle-ci puisse apporter son aide en début de traitement seulement.

En effet, c'est l'enfant lui-même qui doit prendre les responsabilités de son traitement, en entretenir le médecin au cours des consultations suivantes ou par lettre, tenir un calendrier où sont notés

réveils, sonneries et nuits sèches. Les délais de guérison sont variables, en moyenne de quatre à six semaines, à condition :

- D'obtenir toute la coopération de l'enfant,
- De connaître les contre-indications de ce traitement :
 - Trop jeune âge de l'enfant qui n'a pas le désir de se corriger et que l'échec renforce dans son incapacité de contrôle (jamais avant 5 ans) ;
 - Existence de troubles affectifs sérieux (la guérison du symptôme redoublerait de façon dangereuse l'anxiété).

4. **La psychothérapie** :

- Atténuer le sentiment d'infériorité et de culpabilité,
- Donner des conseils d'hygiène, en particulier en ce qui concerne le sommeil et les conditions de couchage,
- Rechercher et supprimer les bénéfices secondaires,
- Modifier, éventuellement, l'attitude punitive de l'entourage qui doit au contraire apporter des compensations d'ordre affectif,
- Susciter le désir de guérison et orienter les tendances agressives ou passives (activité artistique, sport d'équipe...),
- Appliquer une psychothérapie de soutien (tenue d'un calendrier, utilisation de l'appareil avertisseur, rééducation diurne).

Ce sont là des thérapeutiques qui ont le grand avantage d'obliger le médecin à s'occuper activement de l'enfant.

Psychothérapie analytique, psychanalyse classique et psychodrame (soulé) sont du domaine du spécialiste.

Conclusion

En conclusion, il n'existe pas de traitement passe-partout de l'énurésie –ou mieux des énurésies. Il semble néanmoins que l'éducation mictionnelle diurne, l'information anatomophysiologique, les méthodes de réveil nocturne conditionné et la psychothérapie aient à leur actif le plus grand nombre de succès.

Il n'en est pas moins vrai que le meilleur traitement est encore le traitement prophylactique que réalise –répétons-le –l'apprentissage de la propreté mené d'une façon libérale.

