



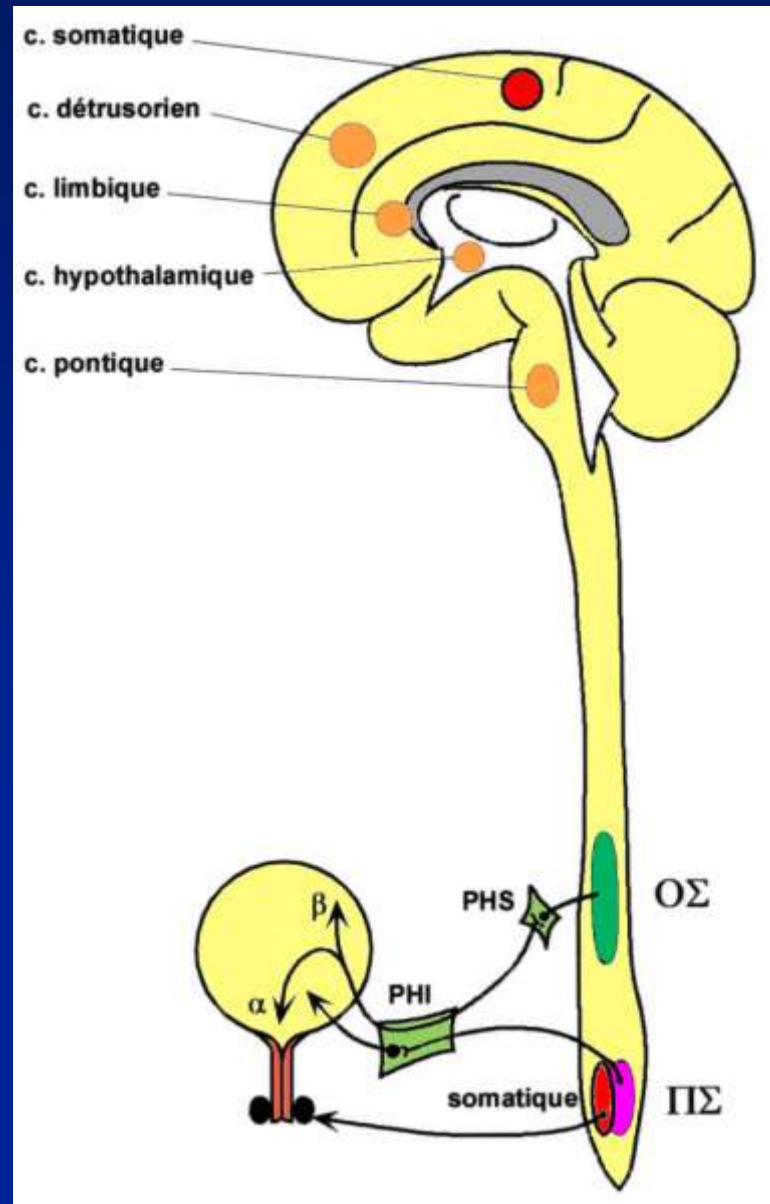
# Troubles de la continence urinaire et de la miction

**J. Moscovici (Toulouse)**

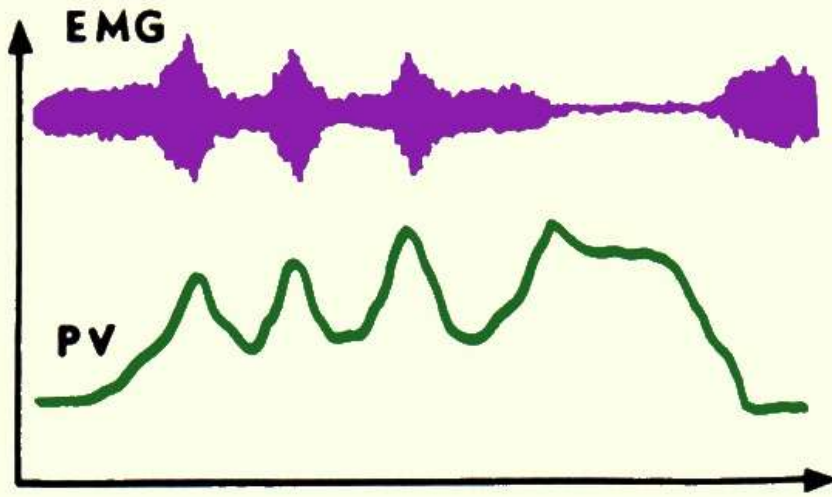
# Introduction

- Problème quotidien
- Vaste sujet médico-chirurgical
- Situations pathologiques variées, le plus souvent fonctionnelles, des plus bénignes aux plus graves
- Nécessité d'une bonne connaissance du problème pour une prise en charge efficace

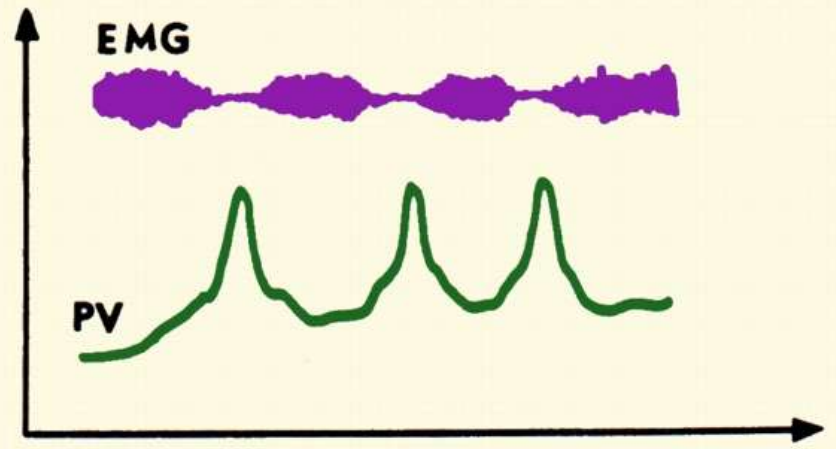
# Fonctionnement vésico-sphinctérien



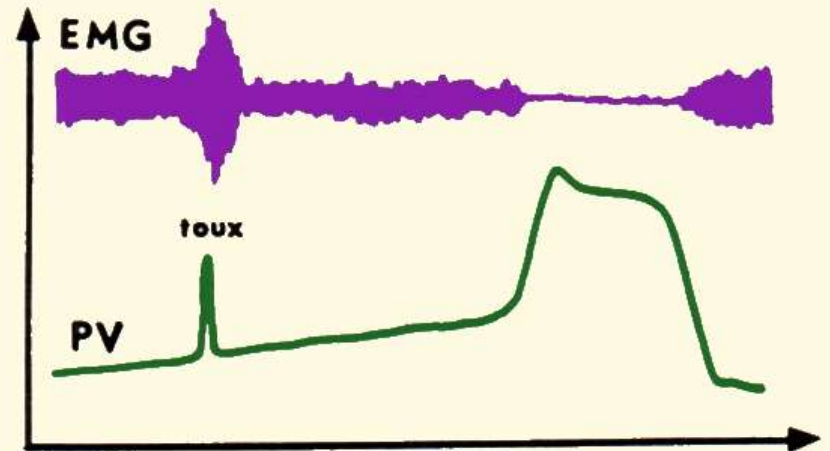
# Acquisition de la continence



vessie immature



vessie infantile



vessie adulte

# Terminologie

*The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society, J. Urol, 2006, 176, 314-324*

- Symptômes de la phase de remplissage

- ✓ Incontinence

- Perte incontrôlable des urines
- permanente : problème organique
- intermittente (> 5 ans)
  - jour
  - nuit

**Enurésie** : incontinence intermittente pendant le sommeil (énurésie nocturne)

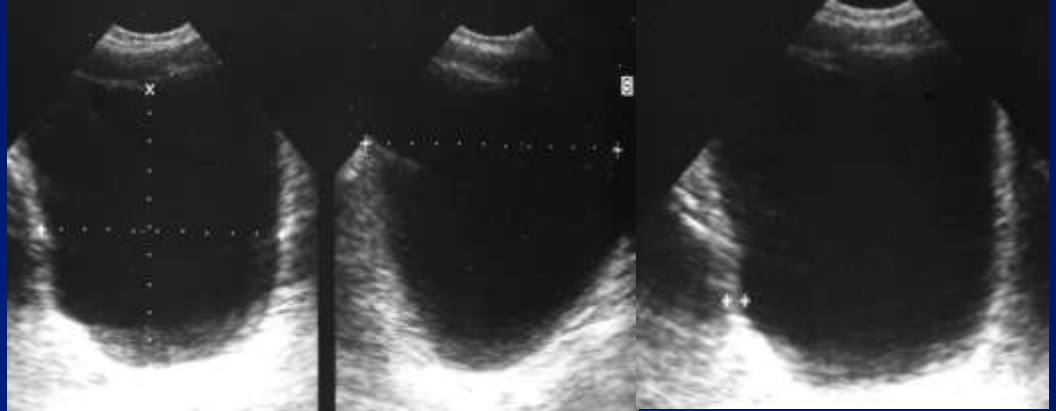
- ✓ Fréquence mictionnelle (apports)

- normale après 5 ans : 4 - 7
- augmentation : pollakiurie
- diminution

- ✓ Urgence mictionnelle (> 5 ans)  
désir soudain, impérieux, irrépressible d'uriner
- ✓ Nycturie (> 5 ans)  
besoin d'uriner réveillant l'enfant ( $\pm$  normal)
- Symptômes de la phase mictionnelle (dysurie)  
difficiles à dépister
  - ✓ Retard à l'initiation de la miction (jet hésitant)
  - ✓ Miction par poussée abdominale
  - ✓ Faiblesse du jet
  - ✓ Miction intermittente :  
miction en plusieurs jets (physiologique avant 3 ans)
  - ✓ Fuites post-mictionnelles

# Examens complémentaires

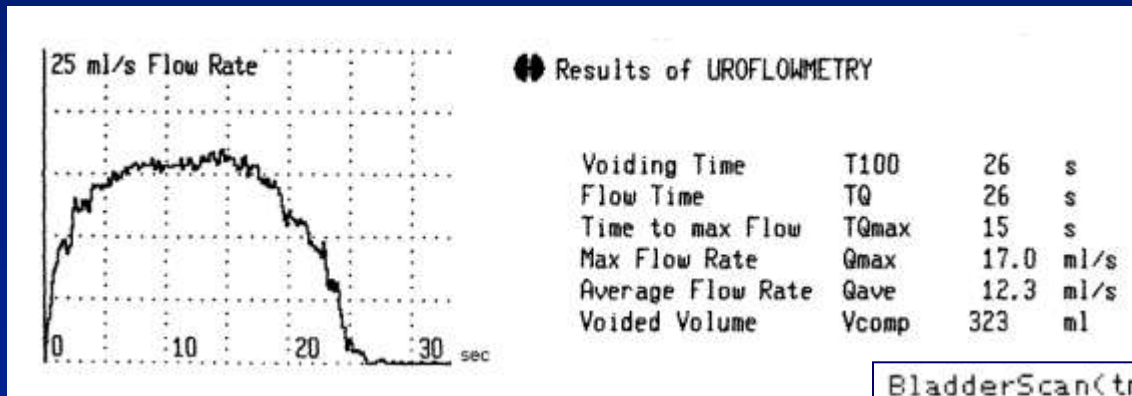
- ASP
- Echographie
  - ✓ vésicale
    - état de la paroi
    - volume
    - RPM
  - rénale
    - retentissement
- Cystographie
  - état de la vessie
  - reflux
  - aspect cervico-urétral
  - résidu



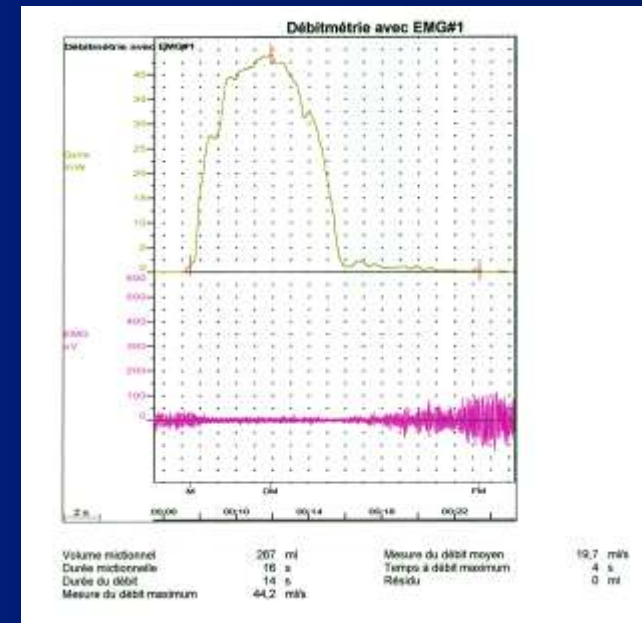
- Débitmétrie



- ✓ résultante du comportement vésical et des résistances urétrales
- ✓ plusieurs examens en état d'hydratation normale
- ✓ ± EMG périnée (électrodes collées)
- ✓ étude du résidu (BladderScan)



BladderScan(tm)  
TEI  
03/06/03 14:54  
000ml



capacité :  $30 + (\text{âge en années} \times 30)$  ml (>2 et <12 ans)

$Q_{max} = \sqrt{\text{volume uriné}} (\pm 7 \text{ ml/sec})$



- Bilan urodynamique

- ✓ conditions

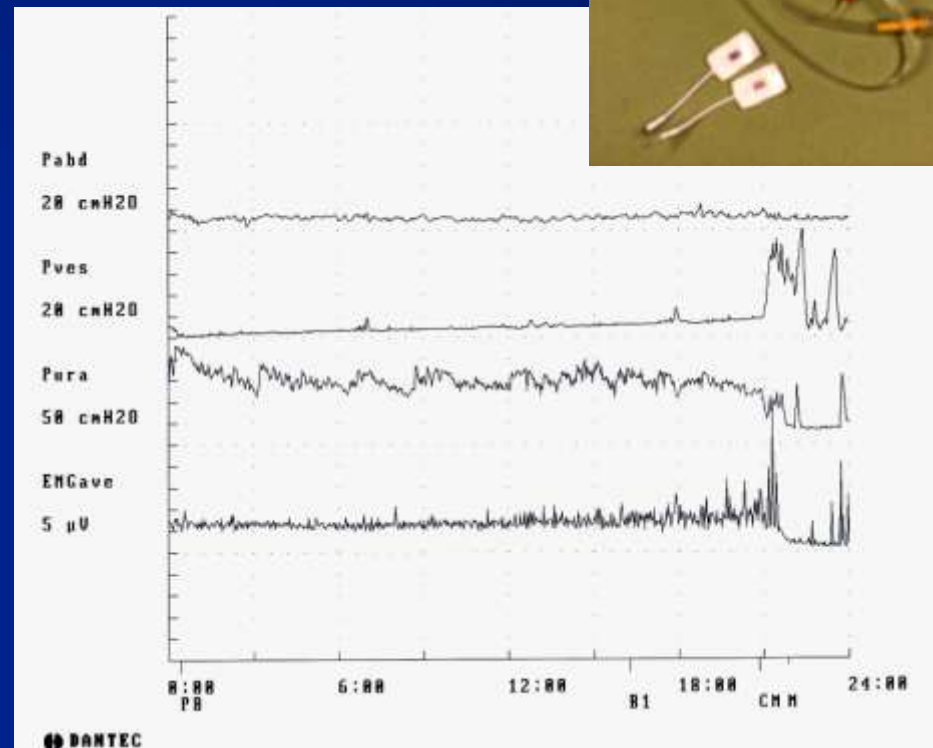
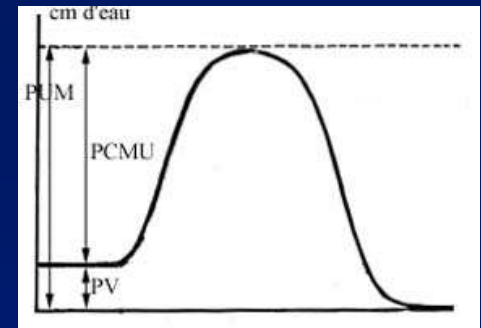
- environnement adapté
- remplissage lent (5 à 15 ml/mn)
- Pv, Pa, EMG
- Pu : enregistrement continu ou profil urétral

- ✓ phase de remplissage

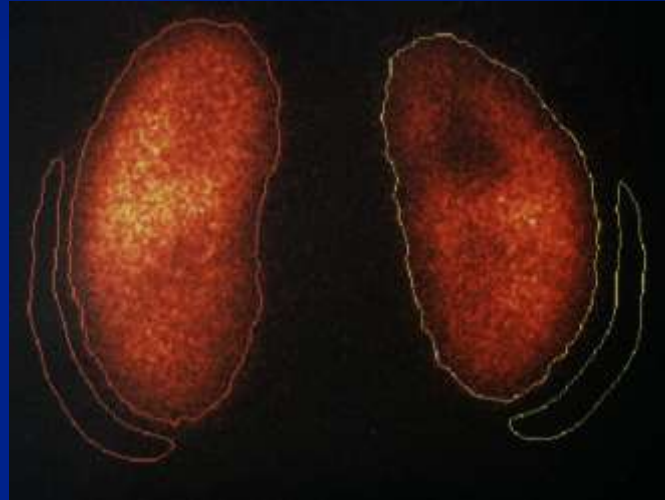
- capacité fonctionnelle
- besoin
- compliance
- activité

- ✓ phase mictionnelle

- p. mictionnelle
- synergie
- résidu



- Recherche retentissement rénal
  - ✓ Biologie (créatinine)
  - ✓ DMSA



# Conduite à tenir pratique

✓ L'étiologie des troubles est évidente

- Malformations urologiques

exstrophie vésicale, épispadias, prune belly ...

- Problèmes neurologiques :

congénitaux : myéloméningocèle, IMC...

acquis : traumatismes, myélopathies...

✓ étiologie non évidente

### Importance de l'étape clinique

- ✓ interrogatoire « policier »
- ✓ examen clinique complet

# Interrogatoire

- 1/ La sémiologie urinaire actuelle et passée
- caractéristiques des troubles
  - leur évolution (aggravation, amélioration)
  - les conditions d'acquisition de la propreté

Intérêt du calendrier mictionnel sur 48 h si l'interrogatoire est imprécis  
(boissons, mictions, fuites, selles)



# Interrogatoire

## 2/ les troubles associés

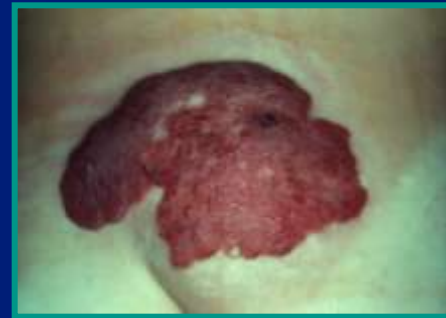
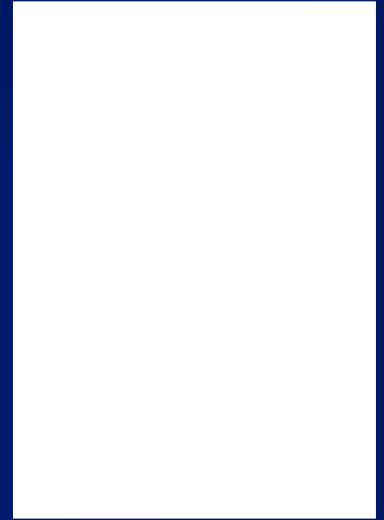
- ✓ Autres troubles urinaires
  - infection +++
    - Pyélonéphrites
    - Infections basses (syndrome de bactériurie récidivante)
- ✓ Troubles du fonctionnement ano-rectal
  - constipation +++
  - incontinence ou encoprésie
- ✓ Troubles moteurs

## 3/ le contexte général

- les acquisitions
- le contexte social, scolaire, psychologique
- les antécédents personnels et familiaux

# Examen clinique

- ✓ Abdomen (globe vésical)
- ✓ Pelvis (TR)
- ✓ Organes génitaux externes
- ✓ Région lombo-sacrée
- ✓ Membres inférieurs
- ✓ Examen neurologique



# Orientation clinique vers :

- ✓ une uropathie malformative
- ✓ un problème neurologique
- ✓ un problème fonctionnel

**indication des examens complémentaires**



# Uropathie malformative



implantation  
ectopique d'uretère



diverticule  
vésical



épispadias



miction vaginale



valves urètre  
postérieur



polype urètre  
postérieur



valve urètre  
antérieur



diverticule urètre  
antérieur

# Problème neurologique

Yohan, 8 ans

Enurésie secondaire

Interrogatoire : troubles diurnes associés

Examen : globe vésical



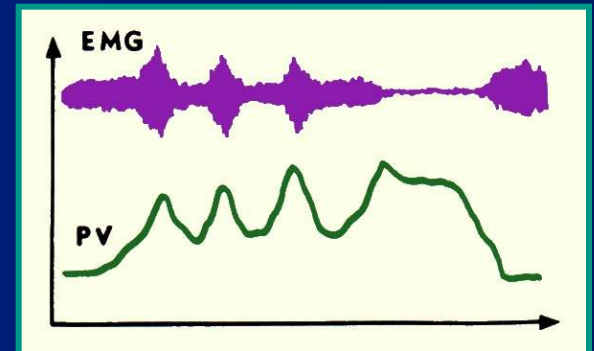
# Pathologie fonctionnelle

- **95 % des troubles mictionnels**
- **situations variées**
  - véritable dysfonctionnement vésico-sphinctérien
    - ✓ Immaturité vésicale
    - ✓ Dyssynergie vésico-sphinctérienne
    - ✓ ...
  - problème de comportement
  - énurésie

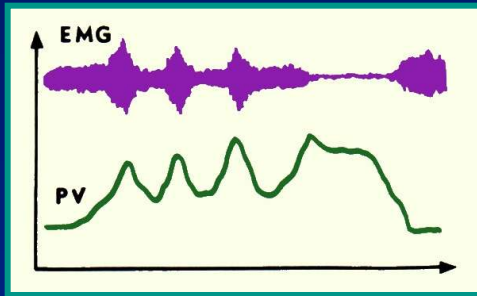
# Immaturité vésicale

Persistance d'une hyperactivité vésicale  
au-delà de l'âge de 5 ans

- ✓ Problème fréquent
- ✓ > Fille
- ✓ Immaturité globale



# Diagnostic clinique



- ✓ Pollakiurie
- ✓ Urgences
- ✓ Fuites

**hypertrophie du détrusor**

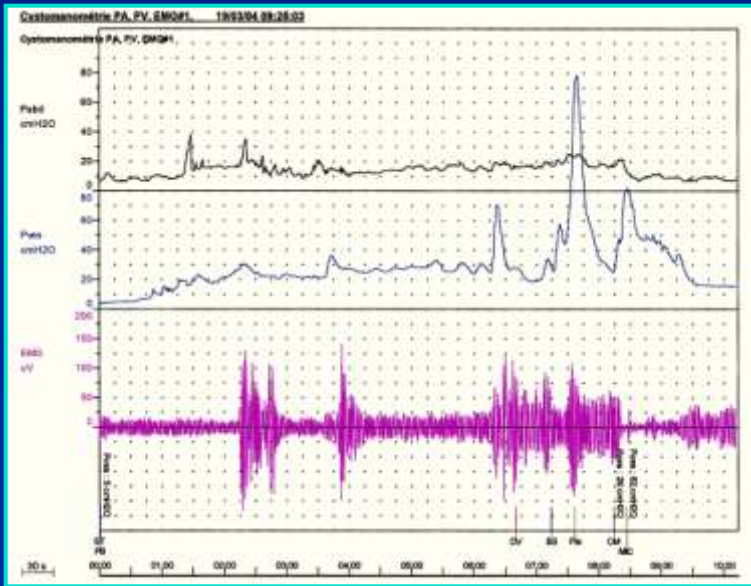
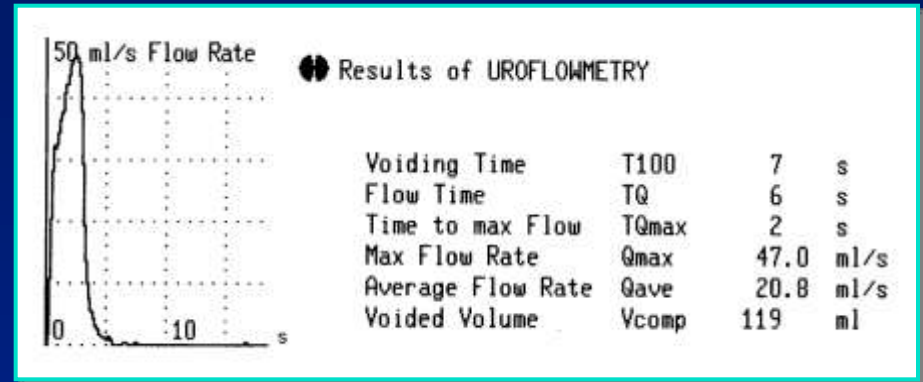


**miction explosive**

**Enurésie**

# Examens complémentaires

*(non nécessaires en première intention dans IV isolée)*



# Traitement

- Anticholinergiques
  - oxybutinine (Ditropan<sup>®</sup>, Driptane<sup>®</sup>, génériques) : 10 mg/j
  - trospium : Céris<sup>®</sup> (12 ans)
- Education mictionnelle
  - ✓ inhibition périphérique
  - ✓ inhibition centrale
- Prise en charge de l'infection souvent associée
- Prise en charge des troubles ano-rectaux
- Rééducation / biofeedback



**Pronostic habituellement favorable**



# Dyssynergie vésico-sphinctérienne

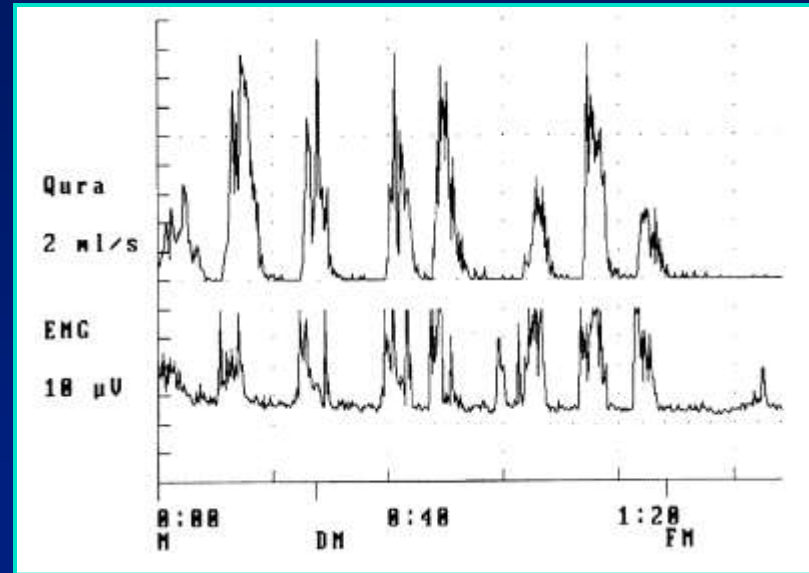
**Pathologie obstructive : absence de relâchement sphinctérien per-mictionnel**

pathologie parfois grave

- ✓ évolution d'une immaturité vésicale
- ✓ erreur de rééducation
- ✓ pathologie primitive (pb psychologiques, abus sexuels)

# Diagnostic

- Rétention chronique :
  - ✓ dysurie
  - ✓ fuites par regorgement
  - ✓ infection urinaire ++
  - ✓ constipation associée
- Débitmétrie + EMG
- Bilan uro-dynamique
- Cystographie
- Retentissement rénal (IR)



# Formes sévères

- Syndrome de Hinman

- pathologie acquise
- garçon
- contexte psychiatrique
- peut conduire à l'IRC



- Syndrome d'Ochoa (syndrome uro-facial)

- problème génétique
- inversion de la mimique faciale lors du rire et du sourire



# Traitement

- Rééducation par biofeedback +++
- Traitements médicamenteux
  - alpha-bloquants, myorelaxants ( $\pm$ )
  - infection urinaire
- Sondage intermittent
- Chirurgie
- Traitement de la constipation
- Prise en charge psychologique et globale (relaxation...)

# Autres troubles

- Vessie hypoactive (lazy bladder)
  - mictions rares
  - poussée abdominale
- Incontinence au rire (giggle incontinence)
  - miction complète
  - hyperactivité d'origine limbique
- Pollakiurie isolée transitoire bénigne

# Troubles comportementaux

## Refus d'uriner régulièrement

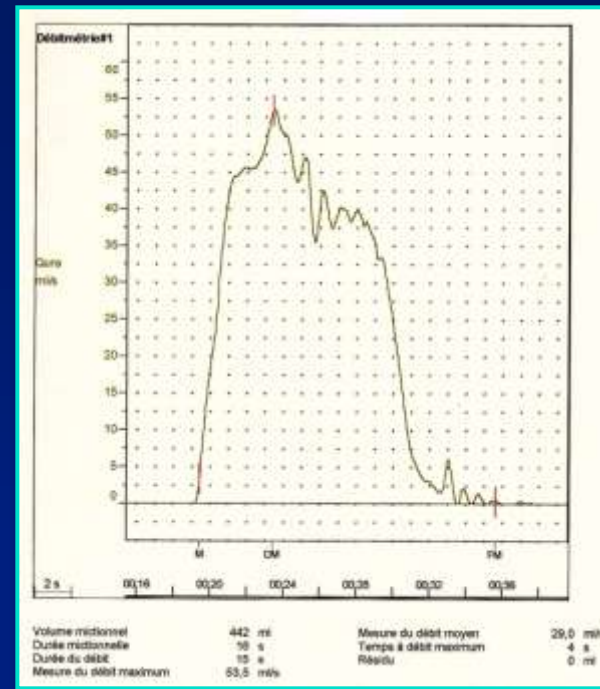


- Clinique :

- ✓ mictions rares
- ✓ fuites essentiellement diurnes
- ✓ infections basses
- ✓ constipation



- Débitmétrie
- Evolution variable



- Traitement
  - éducation mictionnelle et ano-rectale
  - contre-indication absolue des anticholinergiques

# Enurésie



**Miction nocturne complète involontaire  
(après 5-6 ans)**

**Enurésie isolée**

**Enurésie associée**

**Enurésie primaire**

**Enurésie secondaire**

Ne pas minimiser ni banaliser le problème

Se méfier d'un trouble organique



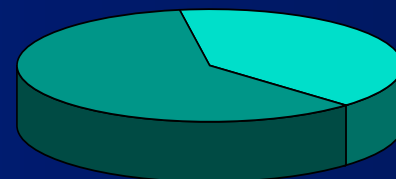
# Epidémiologie

**20 % des enfants de 5 ans**  
**15 % de guérison par an**

**9,2 % des enfants de 5 à 10 ans**

**11,2 % des enfants de 5 à 7 ans**

**400.000 enfants de 5 à 10 ans en France**



# Facteurs étiologiques

- Héritéité      15 %      44 %      77 %
- Sommeil : anomalie du seuil d'éveil
- Vésico-urétral (énurésie associée)
- Hormonal : ADH
- Psychologique (énurésie secondaire)
- Constipation....

# Prise en charge diagnostique

- Première consultation
  - Etape clinique +++
    - caractères de l'énurésie
      - primaire ou secondaire
      - permanente ou intermittente
      - nombre, moment de survenue et abondance des mictions
      - qualité du sommeil
    - recherche d'autres troubles
    - apprécier les motivations
      - de l'enfant (souhait de guérison)
      - des parents



## Bilan ?

- **Diagnostic d'énurésie nocturne isolée sûr :**  
aucun examen n'est nécessaire
- **En cas de doute diagnostique :**
  - ✓ bandelette urinaire
  - ✓ échographie vésicale et rénale
  - ✓ débitmétrie et étude du résidu

# Prise en charge thérapeutique

- âge > 5, 6 ans
- dédramatiser la situation
- coopération de la famille
- coopération active de l'enfant +++
  - établir relation de confiance
  - expliquer le problème
  - responsabiliser l'enfant

savoir différer la prise en charge si la participation  
ne peut être obtenue

# Conseils de base

## à mettre en œuvre avant toute thérapeutique spécifique

- répartition régulière des boissons, entre 8h et 18 h
- miction avant de s'endormir
- suppression des couches
- traitement de la constipation
- faire participer l'enfant :
  - calendrier mictionnel +++
  - aide au changement des draps
- encouragements, valorisation

**moyens parfois suffisants**

# Consultation ultérieure :

## Thérapeutiques spécifiques si enfant motivé

- **Thérapeutiques non médicamenteuses**

- ✓ Méthode du lever

- si 1 miction en début de nuit
- ne doit pas être contrainte pour parents

- ✓ Alarmes sonores

- méthode comportementale et de conditionnement
- enfants > 7, 8 ans, très motivés ainsi que famille
- 2 à 4 mois
- 70 à 95 % de succès
- 15 à 30 % de rechutes à 6 mois
- problème : coût, absence de remboursement

# Thérapeutiques médicamenteuses

## ✓ Desmopressine (Minirin®)

- analogue structural de l'ADH
- indiqué en cas de polyurie nocturne
- comprimés : 0,2 à 0,4 mg
- lyophilisat : 120 à 240 µg
- Excellente tolérance
- 70 à 80 % de répondeurs
- adaptation des doses et de la durée du traitement aux résultats



## ✓ Antidépresseurs tricycliques

- Tofranil<sup>®</sup>, Anafranil<sup>®</sup>
- action sur sommeil et anticholinergique
- dose : 0,5 à 2,5 mg/kg
- dose létale proche de la dose efficace
- guérison : 30 % ; rechutes : 40 %
- indications actuellement limitées

## ✓ Oxybutynine

- Ditropan<sup>®</sup>, Driptane<sup>®</sup>
- En théorie, non indiqué dans ENI
- Enurésie de fin de nuit : en association avec Minirin<sup>®</sup>

# Prise en charge psychologique

- ENI primaire
  - peu ou pas de troubles à la base
  - mais retentissement de l'énurésie sur enfant (baisse de l'estime de soi) et famille peut être marqué
- ENI secondaire
  - la composante psychologique est constante si un problème organique est écarté

# Autres thérapeutiques

- homéopathie
- acupuncture
- hypnose
- auriculothérapie
- chiropraxie
- ostéopathie
- cures thermales

**rééducation :**

**aucune indication dans ENI**

**placebo :**

**15 à 45 % de bons résultats**

# Conclusion

- Situations très variées
- Importance de l'approche clinique
- Hiérarchisation des examens complémentaires
- Prise en charge ne doit pas oublier les problèmes associés

