

Item49-Troubles de la miction chez l'enfant

Objectifs CNCI		
- Devant un trouble de la miction, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Collège des enseignants de pédiatrie, édition 2014: item iECN 49	<ul style="list-style-type: none"> - Enurésie = miction nocturne involontaire après 5 ans - Causes fonctionnelles / uropathies malformatives / causes neurologiques - Syndrome d'hyperactivité vésicale - Dyssynergie vésico-spinctérienne - Enurésie nocturne primaire isolée - Uropathies malformatives: implantation ectopique d'uretère (F) / valves de l'urètre postérieur (G) - Pathologies médullo-rachidiennes (vessie neurologique) 	<ul style="list-style-type: none"> -Enurésie secondaire avec polyurie → BU pour rechercher un diabète - Rétention aiguë d'urines chez l'enfant (rare) → rechercher un fécérome - Retentissement psycho-social des troubles mictionnels - Pas de bilan paraclinique si énurésie nocturne primaire isolée ou sd d'hyperactivité vésical typique

Généralités

Epidémiologie

- Troubles de la miction et de la continence = très fréquents en pédiatrie, motif de consultation courant.
- Troubles de la miction et de la continence = très fréquents en pédiatrie, motif de consultation courant.
- Dans la majorité des cas: problème fonctionnel.

Physiologie

- Cycle vésical a 2 phases:
 - Phase de remplissage.
 - Phase mictionnelle.
- Phase mictionnelle
 - Contraction vésicale et relâchement sphinctérien.
 - Normalement, 5-6 mictions par jour chez l'enfant.
- Développement de la continence chez l'enfant
 - Acquisition de la propreté diurne entre 18 et 30 mois.
 - Acquisition de la continence nocturne vers 3 ans.
 - Quelques imperfections de la continence normales jusqu'à l'âge de 5 ans.
 - Chez le nourrisson: stade de la "vessie infantile":
 - Fonctionnement vésico-sphinctérien automatique.
 - Remplissage vésical faible.
 - Miction par contraction de la vessie et relâchement du système sphinctérien.
 - Stade de "vessie immature":
 - Lorsque l'enfant prend conscience du besoin d'uriner et de la nécessité d'acquisition de la propreté pour satisfaire son entourage:
 - Apprend à retarder la miction en inhibant par contraction sphinctérienne la contraction de la vessie.
 - → Acquisition de la continence diurne.
 - → Augmentation de la capacité vésicale.
 - Stade de "vessie adulte":
 - Connexions avec les centres corticaux → l'enfant est capable d'inhiber ou de déclencher volontairement la miction.
 - → Acquisition de la continence nocturne.
- Au cours de la croissance
 - Capacité vésicale = 30 mL chez un nouveau-né, ≥ 300 mL chez l'adulte.

Diagnostic

Interrogatoire

- ATCD familiaux (uropathie malformative, énurésie nocturne tardive,...) et personnels (déroulement de la grossesse, échographies anténatales, terme de naissance).
- Age et sexe de l'enfant, développement psychomoteur, acquisitions de la continence, terrain particulier (diabète, maladie métabolique).
- ATCD d'infections urinaires et germes en cause.
- Troubles du fonctionnement anorectal associés (dyschésie, constipation, encoprésie).
- **Caractéristiques de troubles urinaires**
 - Caractère récent ou ancien, évolution dans le temps.
 - **Enurésie** = miction nocturne, complète, involontaire
 - Primaire ou secondaire (apparition après plus de 6 mois sans trouble nocturne).
 - Caractère permanent ou intermittent, en début ou en fin de nuit.
 - **Pollakiurie** = augmentation de la fréquence des mictions
 - Incontinence urinaire avec fuites.
 - Abondance, fréquence, perception ou non des fuites.
 - **Urgenturie / impériosités mictionnelles** = urgence du besoin d'uriner
 - **Dysurie** = gêne à l'écoulement des urines au cours de la miction
 - Difficulté à initier la miction, poussées abdominales.
 - Aspect du jet, durée de la miction
 - **Rétention aiguë d'urines** = impossibilité douloureuse d'uriner
 - Rare chez l'enfant.
 - Rechercher systématiquement un fécalome (**A savoir !**).
 - **Polyurie** = quantités d'urines émises sur la journée trop importantes
 - Polyurie avec syndrome polyuro-polydipsique → causes métaboliques.
 - **Enurésie secondaire avec polyurie → diabète sucré +++ → faire une BU (glycosurie, cétonurie).**

Examen physique

- **Examen général**: fièvre, FC, PA, état d'hydratation.
- **Examen abdomino-pelvien**
 - Recherche globe vésical, masse tumorale.
 - Recherche stase stercorale sur le cadre colique.
 - Toucher rectal (parfois, après information et en présence des parents).
- **Examen uro-génital**
 - Fosses lombaires.
 - **Chez le garçon**: place du méat urétral, hypospadias, malformations de la verge.
 - **Chez la fille**: méat urétral, vulve.
- **Examen du rachis, de l'appareil locomoteur avec examen neurologique**
 - Anomalie cutanée de la région lombosacrée: touffe de poils, angiome, fossette, appendice, déviation du pli interfessier, lipome,...
 - Déformation osseuse: scoliose, gibbosité, inégalité de longueur des membres inférieurs.
 - Sensibilité périnéale, recherche de syndrome pyramidal.
- **Catalogue mictionnel**
 - Permet de bien caractériser les troubles urinaires.
 - Doit être réalisé par l'enfant avec ses parents, sur au moins 2 jours consécutifs.
 - Noter: boissons, nombre de mictions, volume de la miction, fuites et abondance, selles.

Examens complémentaires

- Enquête paraclinique indispensable si orientation vers une origine malformative ou neurologique.
- **En cas de pathologie fonctionnelle**
 - Bilan paraclinique inutile devant une énurésie nocturne primaire isolée ou un syndrome clinique typique d'hyperactivité vésicale.
 - **En 1ère intention**:
 - Echographie rénale et vésicale.
 - Débitmétrie.
 - +/- EMG du périnée (si suspicion de dyssynergie vésico-sphinctérienne).
 - Si infections urinaires associées (surtout si pyélonéphrite): cystographie pour rechercher un reflux vésico-urétéral.
 - **Si diagnostic difficile**:
 - Bilan urodynamique.
- **En cas d'uropathie malformative ou de vessie neurologique**
 - Examens morphologiques (échographie, cystographie, uro-IRM).

- Evaluer le retentissement sur le haut appareil (bilan sanguin, scintigraphie au DMSA).
- Evaluer le fonctionnement vésico-sphinctérien (débitmétrie, bilan urodynamique).

Etiologies

Causes fonctionnelles: cas le plus fréquent

- Refus de se plier à la contrainte d'uriner, préfèrent poursuivre leurs activités ludiques que d'aller aux toilettes.
- Fuites urinaires avec impériosités uniquement diurnes + mictions rares.
- **Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale**
 - Persistance anormale du stade de "vessie immature" au-delà de l'âge de 5 ans.
 - Pollakiurie (capacité vésicale fonctionnelle faible).
 - Impériosités mictionnelles (l'enfant n'est pas capable d'opposer une réponse sphinctérienne suffisante à la contraction vésicale).
 - Enurésie associée le plus souvent.
 - Miction "explosive" sous de forts débits (liée à l'hypertrophie vésicale réactionnelle).
- **Dyssynergie vésico-sphinctérienne**
 - Absence de relâchement sphinctérien au moment de la miction → résidu post-mictionnel.
 - Le plus souvent isolée, secondaire à de mauvaises habitudes.
 - Peut être primitive dans un contexte de perturbations psychologiques (penser aux abus sexuels).
 - Dysurie, fuites, infection urinaire chronique (RPM).
 - Dans certaines formes sévères: retentissement sur le haut appareil urinaire, insuffisance rénale obstructive.
- **Enurésie nocturne primaire isolée (monosymptomatique)**
 - = miction nocturne, involontaire, inconsciente et complète chez un enfant âgé de plus de 5 ans.
 - Concerne 20% des enfants de 5 ans. Amélioration spontanée avec l'âge (-15%/an).

Causes organiques

- **Uropathies malformatives:**
 - 2 causes classiques: implantation ectopique d'uretère chez la fille et valves de l'urètre postérieur chez le garçon.
 - **Implantation ectopique d'uretère**
 - Implantation en dehors de la vessie de l'uretère d'un système simple ou de l'uretère supérieur d'un système double (++), ce qui court-circuite le système sphinctérien.
 - Abouchement soit dans l'urètre, soit à la vulve, soit dans le vagin.
 - Fuites urinaires permanentes mais entrecoupées de mictions normales (le fonctionnement de la vessie qui reçoit la/les autre(s) voie(s) urinaire(s) est correct).
 - Examens complémentaires pour préciser la disposition anatomique.
 - **Valves de l'urètre postérieur**
 - Forment une obstruction urétrale.
 - Replis muqueux situés sous le veru montanum.
 - Diagnostic souvent évoqué en anténatal par une dilatation des voies urinaires. Plus rarement, chez l'enfant devant une dysurie et/ou une infection urinaire.
- **Causes neurologiques (pathologies médullo-rachidiennes)** (exceptionnelles).
 - Y penser devant incontinence urinaire sévère, des anomalies du bassin, une dysurie, des troubles de survenue secondaire, une incontinence anale associée, des pieds creux, des troubles de la sensibilité périnéale ou des membres inférieurs, une anomalie lombosacrée.

Complications

- Retentissement organique, fonctionnel (infections urinaires, reflux vésico-urétéral, retentissement sur le haut appareil urinaire).
- Retentissement psycho-social (difficultés scolaires, déscolarisation, exclusion, moqueries).

Synthèse pour questions fermées

1) Que doit-on rechercher devant une énurésie secondaire associée à une polyurie ?

Diabète sucré
2) Quelle est la cause la plus fréquente de troubles mictionnels chez l'enfant ?
Fonctionnelle
3) Au-delà de quel âge parle-t-on d'énurésie nocturne primaire ?
5 ans