

Troubles de la miction chez l'enfant IC-51

- Connaître la démarche diagnostique en cas de trouble mictionnel : enquête clinique
- Connaître la démarche diagnostique en cas de trouble mictionnel : examens paracliniques
- Connaître la démarche diagnostique en cas de trouble mictionnel : orientation diagnostique
- Connaître les troubles associées aux troubles de la miction
- Connaître les modalités du diagnostic d'une instabilité vésicale
- Connaître les modalités du diagnostic d'une énurésie primaire

Connaître la démarche diagnostique en cas de trouble mictionnel : enquête clinique OIC-051-01-A

Auteur : CFEU : relecture

La démarche diagnostic d'un trouble mictionnel commence par le recueil attentif de l'histoire clinique, se poursuit par l'examen clinique. Une ou plusieurs consultations de longue durée sont souvent nécessaires. L'interrogatoire des parents et de l'enfant doit rechercher :

- les signes fonctionnels urinaires 125 (pollakiurie, l'urgenterie, l'existence de fuites diurnes en dehors des mictions et/ou nocturne) avec la date d'apparition des troubles et la notion d'infection urinaire
- les modalités d'apprentissage et l'âge de l'acquisition de la propreté urinaire
- le développement psychomoteur et statural de l'enfant, ses habitudes de vie, son régime hydrique quotidien, les conditions de scolarité et les loisirs
- l'utilisation éventuelle de protections et le retentissement psychosocial des fuites urinaires
- les antécédents de troubles fonctionnels chez les parents ou dans la fratrie
- les notions d'uropathie malformative
- les douleurs abdominales et troubles ano-rectaux
- L'existence de troubles psychiatriques (TDAH), de trouble du développement, un trouble du sommeil et obstructif, le contexte familial dans lequel évolue l'enfant

On va ainsi pouvoir éliminer les principaux diagnostics différentiels à savoir :

- Chez la fillette, les mictions vaginales qui se manifestent par des pertes d'urines souvent après la miction, sans trouble mictionnel. Ces mictions vaginales sont en lien avec la prise d'une position mictionnelle inadaptée
- Une incontinence urinaire au rire isolée
- Une incontinence d'effort 125 : existence de fuites urinaires lors des exercices physiques ou lors d'effort de toux ou d'éternuement

A l'examen clinique on commencera par une inspection de la culotte/du slip à la recherche de stigmates de fuites urinaires ou de souillure, puis on recherchera l'existence d'un globe vésical. On réalisera :

- Examen des organes génitaux externes (aspect de la verge 50, anomalie de la vulve, irritation des organes génitaux et de la vulve)
 - L'observation d'une miction, si elle est possible est informative
 - Palpation abdominale à la recherche d'un encombrement stercoral et d'un globe vésical
 - Examen neurologique complet (motricité des membres inférieurs et la sensibilité périnéale) et recherche de stigmates cutanés au niveau de la région lombosacrée, parfois discret, en faveur d'un dysraphisme spinal
 - Examen neuro-orthopédique (pied creux, inégalité de longueur des membres inférieurs, scoliose, troubles trophiques en faveur d'une pathologie neurologique associée)
- Un calendrier mictionnel sur 48 heures est un outil simple et très informatif, qui complète l'interrogatoire et permet d'affirmer et de quantifier la pollakiurie, d'évaluer la sévérité d'une incontinence urinaire 125. Il a pour objectif de recueillir les horaires des mictions, le volume uriné (en ml) et l'existence de fuites urinaires. Il est très utile pour caractériser le comportement vésico-sphinctérien des enfants, pour différencier pollakiurie d'une polyurie et pour apprécier l'importance des fuites urinaires.

Connaître la démarche diagnostique en cas de trouble mictionnel : examens paracliniques OIC-051-02-B

Auteur : CFEU : relecture

test

- La bandelette urinaire (complétée si besoin par un ECBU) est nécessaire pour exclure une infection urinaire 161 basse et suspecter une hyperconcentration des urines génératrice de troubles mictionnels
- Sauf cas particulier, aucun examen complémentaire n'est nécessaire lors de la première consultation

Si à l'issue de l'interrogatoire et de l'examen clinique, le caractère primitif du trouble mictionnel n'est pas parfaitement établi un recours à une débimétrie urinaire, une échographie de l'appareil urinaire avec mesure du résidu post-mictionnel, voire d'un bilan urodynamique peuvent être proposés. L'objectif est alors de rechercher une étiologie organique aux troubles mictionnels comme :

- Une uropathie malformative à type de valves de l'urètre postérieures à l'origine d'un obstacle urétral à l'écoulement de l'urine. Le diagnostic peut être fait en période anténatal ou néonatale devant la découverte d'un globe vésical avec un jet urinaire absent ou goutte à goutte, l'existence d'une dysurie.
- Une uropathie malformative à type d'abouchement ectopique de l'uretère du pyélon supérieur d'un système urinaire double qui se manifeste quand le diagnostic n'est pas évoqué en période anténatale par une incontinence urinaire permanente avec des mictions conservées
- Une neurovessie congénitale en lien avec une maladie médullaire congénitale ou dysraphisme spinal (anomalies de fermeture sur la ligne médiane du rachis, de la peau ou des corps vertébraux). Le diagnostic d'une vessie neurologique peut être suspecté devant l'existence d'un dysraphisme spinal à la naissance, ou de troubles mictionnels initialement souvent considérés comme bénins mais en échec itératif des thérapeutiques entreprises, ou à l'occasion d'un bilan pratiqué pour une autre symptomatologie comme par exemple devant une constipation sévère. Ainsi, devant tout trouble mictionnel 125, il faut rechercher systématiquement, et d'autant plus que l'enfant est plus âgé, une possible cause neurologique. Il en est de même lorsqu'il existe une constipation ou des fuites fécales qui peuvent être aussi le motif de consultation.

Connaître la démarche diagnostique en cas de trouble mictionnel : orientation diagnostique OIC-051-03-A

- La démarche diagnostic élimine d'abord ce qui n'est pas un trouble mictionnel 125 puis s'attache à rechercher des troubles mictionnels secondaires avant de faire le diagnostic de troubles mictionnels primitifs.
- Dans la majorité des cas, les troubles mictionnels existent en l'absence de cause anatomique ou neurologique, on parle de troubles mictionnels primitifs. Parfois la dysfonction vésicale est secondaire à infection urinaire 161, une constipation, une hydratation insuffisante, une irritation des organes génitaux externes 50 etc. L'association entre constipation et trouble de la miction est fréquente.
- L'énurésie (miction involontaire et inconsciente) primaire isolée est un trouble survenant exclusivement pendant le sommeil sans aucun trouble diurne.
- Certaines fuites urinaires ne sont néanmoins pas des troubles mictionnels :
 - L'incontinence permanente, goutte à goutte, par abouchement ectopique des voies urinaires
 - Les pertes d'urine après une miction normale qui évoquent une miction vaginale chez la fille, favorisée par une miction « cuisses serrées » ou une coalescence des petites lèvres. Chez le garçon il peut s'agir de miction sous-préputiale (ballonisation du prépuce secondaire à un phimosis serré 50).
 - La pollakiurie comportementale qui est un trouble du comportement « tic » avec 20 à 30 mictions par jour sans fuite ni dysurie, réactionnel à des troubles psychosociaux ou émotionnels, ou à la consommation excessive de boissons acides (jus d'orange, de pomme, etc.) ou riches en oxalate (thé, thé glacé).

Connaître les troubles associées aux troubles de la miction OIC-051-04-B

En cas de troubles mictionnels il faut rechercher des troubles associés comme des :

- Troubles psychiques chez l'enfant : les troubles mictionnels peuvent entraîner un repli sur soi, un stress émotionnel, une perte de l'estime de soi. Ces enfants avec troubles mictionnels peuvent également souffrir de troubles du développement et des apprentissages.
- Troubles psychiatriques : les enfants avec troubles mictionnels ont 2 à 4 fois plus de troubles du comportement tel que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).
- Troubles du sommeil à type d'apnées du sommeil et parasomnies notamment chez les enfants avec énurésie.

- Troubles respiratoires nocturnes : l'obstruction des voies aériennes supérieures (ronflement), surtout si elle s'accompagne d'apnées obstructives est fréquemment rapportée dans l'énurésie primaire isolée

Connaître les modalités du diagnostic d'une instabilité vésicale OIC-051-05-B

- L'instabilité vésicale ou vessie hyperactive correspond à une dysfonction du détrusor qui a des contractions anormales pendant la phase de remplissage vésicale. Il s'agit d'une cause fréquente de fuites urinaires diurnes et/ou nocturnes. Les enfants rapportent également une pollakiurie et une urgenturie 125. En cas d'hyperactivité vésicale il y a une contraction non inhibée du détrusor que l'enfant essaie de maîtriser par contraction sphinctérienne à l'origine de manœuvres de retenue (accroupissement, pincement de verge, croisement des jambes, agitation, debout sur la pointe des pieds ...)

En cas de troubles mictionnels 125 les principaux symptômes à rechercher sont :

- L'incontinence urinaire 125 est une perte d'urine incontrôlable qui peut être intermittente (diurne et/ou nocturne) ou permanente. L'incontinence permanente est une fuite permanente sans véritable miction. Elle fait donc partie du diagnostic différentiel des troubles mictionnels et se rencontre dans les malformations des voies urinaires (abouchement ectopique des voies urinaires notamment)
- L'énurésie nocturne est une incontinence 125 intermittente exclusivement pendant le sommeil (nuit ou sieste) chez un enfant âgé d'au moins 5 ans. L'énurésie est dite primaire si l'enfant n'a jamais eu de période de continence durant le sommeil d'au moins six mois. En cas de réapparition de l'énurésie après 6 mois de contrôle mictionnel, celle-ci est dite secondaire. L'énurésie primaire est dite isolée ou mono symptomatique s'il n'existe aucun autre symptôme, en particulier diurne (urgenturie, pollakiurie, dysurie...125), relevant du bas appareil urinaire.
- Une pollakiurie 125 est une fréquence anormale des mictions trop fréquentes, plus de 7 par jour, chez un enfant de plus de 5 ans.
- Impériosité ou urgenturie 125 : besoin subit, inattendu et immédiat d'uriner
- Dysurie 125 : effort de poussée abdominale à la miction pour initier ou maintenir la vidange vésicale (quel que soit l'âge de l'enfant)
- Miction fractionnée (considérée comme physiologique jusqu'à 3 ans, si elle n'est pas accompagnée de poussée abdominale)
- Faiblesse du jet, jet irrégulier 125

Connaître les modalités du diagnostic d'une énurésie primaire OIC-051-06-A

Lors de l'interrogatoire il faut distinguer si :

- L'énurésie est primaire : si l'enfant n'a jamais eu de période de continence durant le sommeil d'au moins six mois
- L'énurésie est secondaire : si apparition de l'énurésie après 6 mois de contrôle mictionnel.
- L'énurésie primaire est isolée ou mono symptomatique s'il n'existe aucun autre symptôme, en particulier diurne (urgenturie, pollakiurie, dysurie...), relevant du bas appareil urinaire.
- L'énurésie primaire isolée peut être de type polyurique par inversion du cycle de l'ADH. Le volume urinaire nocturne est alors supérieur au volume diurne avec une osmolarité urinaire plus basse la nuit.
- L'énurésie primaire isolée peut être à faible capacité vésicale définie par une capacité vésicale fonctionnelle, évaluée sur un calendrier mictionnel de 48 heures inférieure à 70% de la capacité vésicale théorique.
- Le diagnostic positif d'énurésie primaire est avant tout clinique. Il repose sur l'interrogatoire et l'examen physique.
- Aucun examen d'imagerie n'est nécessaire en première intention au diagnostic.
- Le degré de sévérité de l'énurésie doit être apprécié (une nuit par mois, plus de une nuit par semaine, toutes les nuits)
- Une notion familiale existe dans 30 à 60% des cas
- 20% des enfants souffrant de TDAH ont une énurésie primaire associée et 10% des énurétiques souffrent de TDAH. Cette comorbidité est à rechercher.