

TROUBLES DU CONTROLE SPHINCTERIEN

A) L'énurésie

1. Définition

Une miction répétée, involontaire, diurne ou nocturne, chez les enfants âgés de **plus de 5 ans**, normal dans son déroulement physiologique. Elle peut- être « *primaire* » ou « *secondaire* », un événement déclenchant est alors souvent retrouvé.

Selon son apparition dans le nycthémère, on distingue :

- ◆ l'énurésie nocturne isolée (la plus fréquente)
- ◆ l'énurésie diurne (la plus rare)
- ◆ l'énurésie mixte (énurésie diurne et nocturne)

Selon son cours évolutif :

- quotidienne (l'enfant urine toutes les nuits)
- irrégulière (corrélation entre les nuits humides et les événements de la journée)
- intermittente (les accidents ne surviennent qu'à certaines périodes)
- épisodique (les accidents surviennent de façon exceptionnelle)

2. Epidémiologie

- ✓ Plus de garçons que de filles à 5 ans
- ✓ Acquisition du contrôle sphinctérien :
 - la maturation du système nerveux central et périphérique
 - de la miction réflexe au contrôle conscient et volontaire du sphincter externe à la fin de la 1ère année
 - à 1 an et demi : il comprend où il doit uriner et quand
 - vers 2 ans : propre de jour
 - vers 3 ans : le SN mature
 - puis, à partir de 3 ans : automatisme du système régulateur de l'évacuation vésicale

- l'investissement par un enfant du contrôle du sphincter urétéral, un investissement actif et conflictuel (stade anal et génital) avec des mouvements régressifs d'opposition
- l'éducation des parents, positions éducatives

3. Approche clinique

◆ L'entretien avec l'enfant et sa famille, il vise à reprendre :

- les caractéristiques du symptôme
- l'histoire de l'enfant
- repérer les répétitions du symptôme ou les coïncidences avec les événements du passé
- tenter de trouver un sens au symptôme dans l'économie de la vie psychique de l'enfant
- le sommeil de l'enfant
- les réactions de l'enfant face à son symptôme
- énurésie primaire / énurésie secondaire
- les réactions de la famille face à l'énurésie
- rechercher d'autres symptômes associés (encoprésie dans 20% dans cas chez les garçons et 10% chez la fille)
- d'une manière plus générale, on recherche si le symptôme s'intègre dans une organisation psychopathologique structurée ou s'il est isolé
- le contexte social
- fréquence des enfants en institution
- le contexte scolaire
- éventuel retentissement d'un échec

4. Le ttt entrepris antérieurement

● *Le diagnostic différentiel :*

- les pollakiuries
- les polyuries avec polydipsie
- l'incontinence urinaire
- les mictions automatiques
- les épilepsies morphéiques (de type grand mal)
- au moindre doute : prescription d'une ECBU, EEG de sommeil

5. Facteurs étiologiques ou favorisants

Chaque histoire clinique est unique et montre combien il est difficile d'expliquer l'énurésie selon un modèle étiologique simple et linéaire ; certains facteurs déclenchent l'énurésie, d'autres l'entretiennent.

6. Facteurs somatiques

■ Retard de maturation du système automato- volontaire contrôlant la contention vésicale :

~ origine génétique (familles d'énurétiques, jumeaux)

~ dysfonctionnement cérébral minime (prématurité, difficultés obstétriques, toxémie gravidique)

7. Facteurs éducatifs familiaux

On sait l'influence structurante du milieu social et éducatifs sur les premiers apprentissages, en parti celui de la maîtrise sphinctérienne.

On constate une incidence 3 fois plus élevée de l'énurésie chez les enfants de 4 à 7 ans élevés en institution ou dans les familles à risque (méthodes éducatives incohérentes et inappropriées)

8. Facteurs psychologiques individuels

Met l'accent sur le fonctionnement mental de l'enfant énurétique, une expression de ses conflits intra- psychiques autour de son identité sexuée.

9. Ttt

Dans tous les cas, des mesures générales doivent- être appliquées. Le choix du ttt est fonction des caractéristiques du symptôme et de son contexte.

Il ne se conçoit pas sans une alliance avec l'enfant et sa famille.

Les méthodes ne valent que si l'enfant les perçoit comme un soutien à son désir de guérir.

10. Mesures générales

- Attitudes pédagogiques claires pour démystifier le symptôme
- Expliquer le mécanisme physiologique à l'enfant
- Limiter les apports hydriques le soir
- Impliquer l'enfant dans un calendrier où il inscrit lui- même ses résultats
- Supprimer les couches en les remplaçant par des alèses étanches

- Faire participer l'enfant à son hygiène corporelle
- Régulariser les rythmes du sommeil

11.Médicaments

- ◆ *Ditropan* (anticholinergique / antispasmodique), *Minirin* (hormone antidiurétique), *Anafranil* (antidépresseur tricyclique)
- ◆ Les alarmes ou pipi stop (appareil électrique dont la sonde est mise dans la couche de l'énurétique, dès qu'une miction débute, l'appareil sonne et l'énurétique se réveille pour aller finir sa miction aux toilettes / fait appel au conditionnement)
- ◆ Entretiens familiaux
- ◆ Psychothérapie individuelle
- ◆ Gymnastique mictionnelle
- ◆ Maison de cure ou cure thermale spécialisée en acupuncture, auriculothérapie, homéothérapie, hypnose

B) Les troubles du sphincter anal

Jusqu'au 6ème mois, l'expulsion des selles dépend d'un système réflexe gastro- colique et iléo- colique déclenché par la stimulation locale des tensio- récepteurs.

Ensuite, la myélinisation du SNC et périphérique permet que l'expulsion des selles devienne une activité volontaire avec une fréquence quotidienne réduite.

Vers l'âge de 2 ans et demi, la maîtrise automatique du sphincter anal est acquise normalement.

- La défécation est un mécanisme qui se déroule en 3 temps :
 - 1er temps, *involontaire* ; purement réflexe, déclenché par l'arrivée des selles dans le rectum
 - 2nd temps, *volontaire* ; où le sujet obéit à la sollicitation exonératrice
 - 3ème temps, *volontaire* ; de l'évacuation par ouverture du sphincter externe lors de la contraction des releveurs de l'anus

Chacun de ses temps peut être source de sensation excitante pour

l'enfant, en particulier la lutte active ...

a) L'acquisition du sphincter anal

Nécessite :

- ◆ maturation du SNC et périphérique
- ◆ investissement actif et conflictuel de le contrôler qui est émaillé de mouvements répressifs d'opposition
- ◆ positions éducatives des parents

b) La phobie de la défécation

- ➔ sensation angoissante de vidage interne, de morcellement, d'engloutissement
- ➔ parfois, peur plus discrète « phobie des toilettes »
- ➔ activité compulsive de rétention aboutissant à une constipation, pouvant donner lieu à un mégacôlon ou une encoprésie

c) Le mégacôlon fonctionnel

Constipation progressive dès la fin de la 1ère année, encouragée par l'inquiétude parentale.

L'évolution est souvent bénigne et dépend des réactions de la famille.

d) L'encoprésie

● Définition =

Une émission fécale répétée, involontaire, de consistance normale, dans des lieux inappropriés, à partir de 4 ans.

Par périodes de quelques jours à quelques semaines, en alternance avec des périodes de constipation.

Peut- être primaire ou secondaire (après 1 an de continence).

Des événements familiaux ou scolaires peuvent- être des circonstances déclenchantes.

● L'examen clinique =

Importance de repérer :

- ✓ caractéristiques sémiologiques de l'encoprésie
- ✓ éléments de l'histoire de l'enfant
- ✓ contexte familial

- ✓ position de l'enfant par rapport à son symptôme
- ✓ forme retentionnelle (évacuation par trop plein)
- ✓ forme par expulsion, parfois l'enfant exhibe triomphalement son symptôme sans honte ni culpabilité apparente = on parle de registre délinquant qui masque une souffrance, dépression intense
- ✓ formes mixtes

● Diagnostic différentiel =

- l'incontinence fécale
- activités fécales des enfants autistes ou gravement déficitaires
- importance de l'examen somatique, examens complémentaires, ne sont pas systématiques

● Evolution et pronostic =

Si le symptôme est isolé, l'évolution est plutôt favorable sous l'effet d'entretien familiaux ou individuels.

Si l'encoprésie s'intègre à un tableau clinique psychiatrique, l'évolution sera plus lente et difficile.

● Ttt =

Importance de traiter l'encoprésie.

Le ttt est double : pédiatrique et psychiatrique :

- 1ère phase du ttt = éliminer tte rétention fécale à l'aide de lavements enfants (genre *Microlax*)
- de l'huile minérale (ex : huile de paraffine genre *Lansoyl*) ou un laxatif à base de lactulose (genre *Duphalac*) sont ensuite donnés par la bouche jusqu'à l'obtention de 2 ou 3 selles molles par jour
- l'enfant doit- être assis sur les toilettes 5 minutes matin et soir, à heures fixes, pour rétablir le processus de défécation
- le laxatif est ensuite diminué progressivement
- une prise en charge psychiatrique s'impose le plus souvent

