



• Bureau de l'AFU
Président : Christian Coulange
Vice-président : Jean-Louis Davin
Secrétaire Général : Emmanuel Chartier-Kastler
Secrétaire Général adjoint : Jean-Luc Moreau
Trésorier : Jean-Pierre Mignard

• Comité des troubles mictionnels de l'homme
coordonnateur : François Desgrandchamps
• Comité d'urologie et de périnéologie de la femme
coordonnateur : François Haab
• Comité d'urologie de l'enfant et de l'adolescent
coordonnateur : Didier Aubert
• Comité de neuro-urologie
coordonnateur : Emmanuel Chartier-Kastler

1 **INCONTINENCE : UNE SEMAINE ORGANISÉE PAR L'AFU POUR INFORMER ET RASSURER**

2 **LES DIFFÉRENTS TYPES D'INCONTINENCE**

3 **TRAITER L'INCONTINENCE CHEZ LA FEMME**

4 **JEUNES MAMANS : COMMENT ÉVITER LES PROBLÈMES D'INCONTINENCE**

5 **L'INCONTINENCE CHEZ L'HOMME**

6 **L'INCONTINENCE CHEZ L'ENFANT**

7 **RÉÉDUCER SOI-MÊME SA VESSIE**

1 INCONTINENCE : UNE SEMAINE ORGANISÉE PAR L'AFU POUR INFORMER ET RASSURER

Pourquoi l'AFU consacre-t-elle une semaine entière à l'incontinence urinaire ?

Pour faire tomber un tabou. Environ 3 à 5 millions de femmes sont confrontées au problème de l'incontinence (selon les critères utilisés). Or une grande majorité d'entre elles n'ose pas consulter. Car au même titre que les troubles sexuels, l'incontinence est souvent vécue comme une honte. On n'en parle pas. Pourtant la situation évolue plutôt favorablement puisqu'il y a 10 ans à peine 10 % des malades se traitaient alors qu'aujourd'hui ils sont entre 25 à 30 %. C'est mieux mais ce n'est pas encore suffisant.

Pour dédramatiser l'incontinence, il faut informer. Dire que l'incontinence est un phénomène courant et qu'il n'est pas lié à l'âge. Dire que ce n'est pas une fatalité et qu'il existe de nombreux traitements très efficaces et que l'on peut améliorer la vie sociale et personnelle de chaque personne gênée par son incontinence.

Enfin l'incontinence urinaire n'est pas univoque dans ses causes et traitements. Il est donc particulièrement important de comprendre que le traitement impose d'avoir analysé le trouble et sa (ses) cause(s) individuelle(s). Ainsi il pourra être attribué à chaque incontinence son traitement spécifique, thème de la semaine de l'incontinence 2005 organisée par l'AFU.

On pense souvent que le problème de l'incontinence est réservé aux personnes âgées. Qu'en est-il exactement ?

L'incontinence urinaire touche tous les âges. L'énurésie de l'enfant est une incontinence. Le petit jet d'urine occasionné par un éternuement est une incontinence. La fuite d'urine de la femme enceinte est une incontinence. La goutte retardataire de l'homme est également une incontinence. Rappelons que médicalement, l'incontinence est une fuite d'urine involontaire entraînant un problème social ou hygiénique. L'incontinence n'est pas déterminée par le volume de la fuite mais par la gêne qu'elle occasionne : si une seule goutte d'urine perturbe la vie d'un patient, alors c'est un problème d'incontinence. Elle peut toucher les hommes, les femmes et les enfants.

Les femmes sont quand même plus concernées par ce problème ?

Oui. Et ce, en raison des spécificités anatomiques de leur périnée, des maternités et de la ménopause qui provoquent un relâchement des tissus et des muscles.

10 % à 20 % de la population féminine est atteinte d'incontinence avec deux pics. Le premier vers 55 ans : la femme conserve une activité physique importante mais l'arrivée de la ménopause entraîne chez elle un vieillissement progressif des tissus après la disparition des hormones ovariennes et donc un relâchement des muscles du périnée. C'est à cette période de la vie que l'on enregistre le plus grand nombre d'incontinences liées à l'effort.

Un autre pic est enregistré chez les femmes qui viennent d'accoucher. Dans ce cas l'amélioration est souvent spontanée ou a lieu dans les trois mois qui suivent des séances de rééducation. Stress (plus on est angoissé plus on stresse sa vessie), sport intensif, repos minimum après l'accouchement... , notre style de vie ne ménage pas notre petit bassin. Aussi de plus en plus de femmes jeunes viennent consulter pour un problème d'incontinence urinaire.

L'incontinence n'est pas une fatalité...

Bien sûr ! Dans la très grande majorité des cas, on peut en guérir complètement. Et dans tous les cas on peut diminuer très sensiblement la gêne qu'occasionne l'incontinence. Souvent les personnes touchées par ce problème n'osent plus sortir de chez elles, aller faire des courses ou aller voir des amis. Leur vie quotidienne, sociale, sexuelle est complètement perturbée. Or, il suffit parfois d'une simple rééducation pour que tout rentre dans l'ordre. Sinon des traitements médicamenteux ou des interventions chirurgicales existent aujourd'hui pour venir à bout de ces perturbations. Le tout est d'en parler !



2

LES DIFFÉRENTS TYPES D'INCONTINENCE

"Si je tousse trop fort, j'ai des pertes d'urine"

"Je fais pipi très souvent et j'ai du mal à me retenir. Il faut que je coure aux toilettes"

Ces deux remarques de patients font apparaître les deux types d'incontinence : l'un lié à l'effort et l'autre lié à une hyperactivité de la vessie.

L'INCONTINENCE LIÉE À L'EFFORT

Elle est due à une faiblesse des muscles du périnée et du sphincter urinaire qui maintiennent normalement par leur contraction le canal de l'urètre (canal de vidange de la vessie vers l'extérieur) fermé, empêchant ainsi l'écoulement des urines.

Lorsque les muscles ne sont plus capables d'assurer leur fonction de contrôle, une augmentation de la pression abdominale - occasionnée par une toux, un éternuement, un effort physique, ...- entraîne des fuites. Ce problème est purement mécanique et ne cache aucune maladie.

Souvent on réduit l'incontinence à celle liée à l'effort. Or il en existe une autre :

L'INCONTINENCE LIÉE À UNE INSTABILITÉ VÉSICALE

C'est celle qui provoque des envies pressantes : on ne peut pas se retenir. La vessie est cette fois en cause. Elle se contracte trop tôt et sans raison, provoquant ainsi des envies intempestives et très handicapantes pour ceux qui en sont victimes.

Cette hyperactivité de la vessie peut avoir plusieurs causes : **elle peut cacher une maladie** comme une infection urinaire, un polype ou un calcul dans la vessie, une inflammation vaginale ou encore une maladie neurologique.

Il existe des circonstances qui favorisent une hyperactivité de la vessie.

Des stimulations sensorielles par exemple comme celle de mettre la main sous l'eau froide, ou d'entendre couler de l'eau.

Il existe également ce que l'on appelle le "syndrome de la clef dans la porte". On l'observe surtout chez la femme : lorsque celle-ci arrive sur son palier, elle ne peut plus se retenir. C'est une sorte de réflexe de Pavlov de la vessie. Le cerveau endenche le réflexe de la miction trop tôt. La femme se met à courir pour atteindre les toilettes rajoutant alors un facteur poids qui provoque inévitablement des fuites ou même plus.

Dernière circonstance favorisante : les paroxysmes émotionnels comme le fou rire, une frayeur ou encore l'orgasme. Le cerveau qui exerce normalement un contrôle social de la miction (contrairement aux animaux qui "font là où ils se trouvent") ne l'exerce plus lors de ces moments d'émotion intense et la vessie se vide. "J'en ai pissé de rire" entend-on parfois.

Dans la majorité des cas, l'incontinence de l'homme et de l'enfant est liée à une hyperactivité de la vessie.

Buveuses de café attention !

On savait que le café était un excitant. Mauvais pour les nerfs, il peut déclencher des palpitations. Et voici qu'il est accusé aujourd'hui de participer à la survenue de certaines formes d'incontinence urinaire chez la femme. C'est ce que confirme une étude de médecins américains de l'université Brown de Providence, dans l'Etat du Rhode Island. Une trop grande quantité de café favoriserait chez la femme les pertes d'urines, probablement en rendant la vessie plus instable.

Plus de 4 tasses par jour : danger !

L'étude américaine a été effectuée chez 259 femmes. 131 d'entre elles souffraient d'une vessie instable et 128 d'une incontinence urinaire d'effort. La prise en compte de toutes les boissons consommées pendant 48 heures, dont le café bien sûr, mais aussi le thé, le cacao... a révélé que les femmes qui buvaient, en moyenne, trois ou quatre tasses de café non décaféiné par jour (soit 484 mg/j en moyenne de caféine), avaient 2,4 fois plus de risques de présenter une vessie instable que les femmes se contentant d'une à deux tasses de café par jour.

Selon une hypothèse à vérifier dans des études complémentaires, le café entraînerait une contraction inappropriée de certains muscles de la vessie à certains moments de la journée.

3

TRAITER L'INCONTINENCE CHEZ LA FEMME

Une femme consulte lorsque son incontinence urinaire entraîne un réel handicap dans sa vie quotidienne : elle n'ose plus sortir, sa vie sexuelle est perturbée, etc. Elle n'a alors qu'une idée : se faire opérer. Or, il existe de nombreux traitements avant d'en arriver à la chirurgie. Et les traitements varient selon le type d'incontinence dont on est atteint. Il est donc essentiel de s'adresser à un praticien qui a la maîtrise de l'ensemble des techniques d'exploration et de traitement.

80% des incontinenances sont faibles ou modérées et peuvent être soignées en première intention par de la rééducation.

PETIT RAPPEL ANATOMIQUE

Il faut avoir quelques notions d'anatomie, savoir comment fonctionne son petit bassin pour comprendre son incontinence et les exercices que le médecin prescrit pour y remédier. Par ailleurs il faut également savoir que l'incontinence peut être associée à d'autres troubles du comportement mictionnel comme :

- Des difficultés à uriner (la dysurie)
- Des envies trop fréquentes (la pollakiurie)
- Des envies trop pressantes (l'urgence mictionnelle)
- Des infections urinaires (la cystite)
- Une chute des organes (le prolapsus), etc...

La vessie est un réservoir.

Elle stocke l'urine qui est acheminée des reins par le canal de l'urètre. Sa paroi est un muscle qui se contracte pour évacuer l'urine.

Sous la vessie se trouvent des muscles, les sphincters, qui se ferment pour retenir l'urine ou s'ouvrent pour la laisser sortir. L'urine s'écoule alors vers l'extérieur, par un conduit appelé urètre.

Lorsque la vessie est pleine, des nerfs activent la contraction du muscle de la vessie et permettent de la vider complètement sans effort.

Une hyperactivité de la vessie peut perturber la relation entre la vessie et les nerfs qui la commandent provoquant des envies impérieuses ou des fuites.

D'autres muscles soutiennent la vessie : ceux du périnée. Le périnée est un ensemble de muscles et de ligaments qui forme une sorte de hamac et qui soutient la vessie mais aussi les autres organes du petit bassin : le rectum, le vagin et l'utérus. Certains sports pratiqués de façon intensive, les modifications hormonales liées à l'âge ou la grossesse et l'accouchement mettent à rude épreuve les muscles du périnée et le plancher pelvien affaibli ne soutient plus correctement les organes. D'où les petites fuites.

Toutes les femmes ne sont pas égales.

Certaines femmes ont des périnées plus résistants que d'autres. Il est très rare par exemple de constater une incontinence urinaire chez les femmes d'origine africaine : leur périnée est très tonique.

Il semble qu'il existe également un déterminisme génétique : l'incontinence pourrait avoir une part d'hérédité ; d'où l'intérêt d'une politique de dépistage et de prévention de l'incontinence pour les populations à risque. Celle-ci commence par l'information des patients et patientes pour les sensibiliser et les aider à sensibiliser le corps médical.

Dans tous les cas le catalogue mictionnel est une des clés de voûte de l'évaluation du symptôme et de la gêne.

LA RÉÉDUCATION DU PÉRINÉE : UN TRAITEMENT FONDAMENTAL La rééducation permet de tonifier et d'apprendre à maîtriser le périnée.

Elle est généralement très efficace dans le traitement de l'incontinence : elle guérit la moitié des incontinenances liées à l'effort. Elle est systématiquement proposée aux jeunes mamans car la grossesse et l'accouchement entraînent un relâchement des muscles du périnée.

Il s'agit d'exécuter des contractions des muscles entourant le vagin et l'anus afin de remuscler le périnée. Il existe différentes techniques de rééducation, passives ou actives, qui sont pratiquées par des sages-femmes ou des kinésithérapeutes spécialisés.

Une fois les séances de rééducation terminées, il s'agit d'entretenir la tonicité de son périnée à la maison par des petits exercices quotidiens.

La rééducation manuelle

Sur les instructions du kinésithérapeute, la patiente exécute elle-même les contractions dont on a parlé. Il faut en moyenne 15 séances pour obtenir de bons résultats. Une fois les séances terminées il faut entretenir le résultat obtenu à l'aide de petits exercices à faire chez soi tous les jours.

Le bio feedback

Une sonde vaginale est associée à un signal sonore ou visuel afin de matérialiser la contraction ou le relâchement. Une électrode, reliée par exemple à une lumière rouge, est placée sur le ventre. Une électrode, reliée à une lumière verte, est placée sur le périnée. Lorsque la patiente fait une contraction, elle doit arriver à faire allumer la lumière verte, signe que c'est le périnée qui est bien contracté, et non la lumière rouge qui voudrait dire que c'est le ventre qu'elle a contracté. Cette technique qui demande une participation active de la patiente, et une grande motivation de la part du kinésithérapeute, améliore la prise de conscience du phénomène de contraction.

L'électrostimulation

La patiente n'a aucun effort à fournir : une sonde, placée dans le vagin envoie un très léger courant électrique et occasionne ainsi des contractions rythmées involontaires.

Le fauteuil de rééducation

C'est une technique récente qui nous vient des Etats-Unis. La patiente s'assoit, toute habillée, sur le fauteuil de rééducation. Un courant magnétique passe sous ce fauteuil et déclenche des contractions du périnée sans qu'on ait besoin de placer une sonde dans le vagin. Aucune étude scientifique n'a encore validé cette technique. On ne connaît pas l'efficacité réelle des contractions déclenchées par le champ magnétique. Rien ne prouve qu'elles soient aussi efficaces que celles qui sont déclenchées par l'électro-stimulation.

Une rééducation adaptée à chaque cas

Quelle est la meilleure technique de rééducation ? Il n'y a pas une rééducation meilleure que l'autre. Chacune est adaptée à un cas précis. Néanmoins, comme dans toute rééducation, plus le patient est actif et meilleurs sont les résultats.

Dans "rééducation" il y a le mot "éducation", ce qui suppose une participation du patient qui travaille pour apprendre à sentir, à maîtriser, à gérer son corps, en l'occurrence ici son périnée. Il faut travailler pendant les séances mais aussi faire des exercices d'application chez soi. C'est d'ailleurs ce qui rebute le plus les patients. Et pour arriver à bien travailler, il faut une relation étroite entre le patient et son kinésithérapeute ; une motivation importante de la part des deux parties.

Les techniques de rééducation "actives" comme les techniques manuelles ou le bio feedback donnent les meilleurs résultats.

Le bio feedback est une technique très intéressante car il y a une véritable prise de conscience de son corps et du travail effectué. Lorsque la prise de conscience échoue ou que les muscles sont trop faibles pour travailler, l'électrostimulation est alors la solution.

LORSQUE L'INCONTINENCE URINAIRE EST TROP IMPORTANTE, LA RÉÉDUCATION NE SUFFIT PAS.

Les traitements varient alors selon le type d'incontinence

Traitement pour l'incontinence liée à l'effort

Traitement médical

Un médicament a obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne et pourrait arriver bientôt en France, spécialement dévolu à l'incontinence urinaire d'effort. Ses effets semblent d'autant plus intéressants qu'il pourrait être associé à la rééducation périnéale.

En cas d'incontinence de volume important avec une altération nette de la qualité de vie, en cas d'échec du traitement médical (quand il sera disponible) la rééducation sera peu efficace et on peut alors envisager une chirurgie.

La chirurgie la plus courante pour guérir une incontinence d'effort est la technique dite des bandelettes sous urétrales TVT ou TOT.

Il s'agit de placer des bandelettes, qui servent de renfort, sous le canal de l'urètre au niveau du sphincter.



Cette technique indolore (on passe par les voies naturelles) qui ne nécessite qu'une très brève hospitalisation, s'est considérablement simplifiée ces dernières années et des études sont en cours pour diminuer encore le risque opératoire. Son efficacité a également augmenté puisque son taux de réussite varie de 80 à 90 %. On a maintenant plus de 7 ans de recul sur cette technique, notamment la TVT, qui n'entraîne quasiment jamais de récurrence.

En cas d'échec il peut s'agir de la présence d'une insuffisance sphinctérienne associée qu'il faudra alors traiter pour elle-même.

Bien sûr, exceptionnellement, lorsque les sphincters sont trop endommagés on peut envisager de poser une prothèse sphinctérienne. Le sphincter urinaire artificiel est l'intervention par excellence de compensation d'une insuffisance sphinctérienne. Mais ce type d'intervention reste très rare puisqu'on enregistre en France environ 300 cas chaque année.

Cela dit depuis quelques années, les équipes françaises ont participé au développement clinique d'une autre technique de traitement de ce type d'incontinence d'effort : les ballons ajustables. Placés chez la femme sous anesthésie locale (ou générale) ils permettent de renforcer la fermeture du canal de l'urètre tout en évitant d'avoir à manipuler une pompe pour uriner en ouvrant la manchette comme dans le sphincter artificiel. Ils pourraient être disponibles hors centres hospitaliers d'ici à quelques mois.

Après la ménopause, **un traitement hormonal local** (pour redonner une certaine souplesse aux tissus) pourra être associé à une chirurgie ou à une rééducation.

Traitements pour une incontinence liée à une instabilité vésicale

Des médicaments (appelés parasympholytiques) sont d'abord prescrits. Ce sont des antispasmodiques qui agissent sur le contrôle neurologique de la vessie.

De nouveaux médicaments sont actuellement en cours d'étude. Ils apporteraient un meilleur rapport entre efficacité et tolérance et diminueraient, par exemple, la désagréable sensation de "bouche sèche" qu'entraîne la prise de certains médicaments actuels.

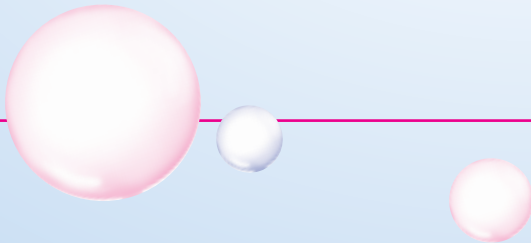
Ces médicaments peuvent être associés à une prise en charge comportementale.

La aussi, en cas d'échec, on peut proposer une intervention chirurgicale.

Il y a des chirurgies nouvelles validées comme la mise en place d'un "pace maker" de la vessie. En appliquant un courant électrique de très faible intensité sur les nerfs qui vont vers la vessie (la neuro-modulation sacrée), le pace maker module le contrôle nerveux de celle-ci. Une électrode est placée sur un nerf sacré sous anesthésie locale et le courant électrique est envoyé par un boîtier placé sous la peau, au niveau de la fesse. Cette technique validée fait maintenant partie de l'arsenal thérapeutique disponible quand la gêne est trop importante et que les patient(e)s sont résistant(e)s ou rebelle(s) aux médicaments ou à la rééducation.

Des évolutions techniques ont considérablement simplifié la mise en place depuis trois ans et on peut encore s'attendre à des améliorations des résultats dans les années à venir avec le développement de nouvelles indications ou techniques proches.

Ce pace maker permet souvent d'éviter une intervention plus importante. Celle qui consiste à agrandir la vessie avec de l'intestin par exemple.



4

JEUNES MAMANS : COMMENT ÉVITER LES PROBLÈMES D'INCONTINENCE

Apprendre à connaître son corps

Une meilleure connaissance de son corps et de ses contraintes permettrait sans doute de réduire à terme le nombre d'incontinence. Lors de la préparation à l'accouchement, il est donc important d'apprendre à mieux prendre conscience de son périnée et à adopter des mécanismes permettant de résister aux pressions abdominales (comme par exemple le réflexe de verrouillage du périnée qui consiste à contracter le périnée avant de faire un effort).

Petites fuites d'urine lorsqu'elles rient, toussent, marchent ou éternuent : **20% des femmes qui viennent d'accoucher souffrent de troubles urinaires passagers** qui pourront disparaître quelques semaines après l'accouchement.

Parfois cette incontinence se prolonge.

Le périnée est souvent mis à rude épreuve après un accouchement surtout lorsque celui-ci a été long et difficile ou si le bébé dépasse les 4 kg.

La rééducation du périnée, à commencer quelques semaines après la naissance, est donc très importante et doit être faite impérativement avant la rééducation abdominale.

Quelques semaines après la naissance, l'obstétricien propose souvent des séances de rééducation, plus ou moins soutenue selon les cas, avec une sage-femme ou un kinésithérapeute.

Ne pas hésiter à demander au médecin d'en prescrire même de façon préventive : cette rééducation du périnée permettra d'éviter d'éventuelles complications plus tard, au moment de la ménopause.



Si elle n'est pas franchement drôle, **la rééducation n'est pas douloureuse et est efficace dans 80% des cas.**

Une fois que les muscles du périnée ont retrouvé leur tonicité, alors seulement, les jeunes mamans peuvent envisager de retrouver leur ligne et leur ventre plat en reprenant des exercices abdominaux, mais pas avant.

Par la suite, plutôt que de reprendre le jogging ou le "step" 3 fois par semaine, mieux vaut choisir des sports plus respectueux de l'anatomie féminine comme le stretching, le yoga, etc...

Penser à effectuer, à n'importe quel moment de la journée, dans le métro, au travail, en regardant la télé, des petites séries de contraction du périnée qui entretiendront en douceur la tonicité des muscles du plancher pelvien.

Sports à risque et sports conseillés

Il y a des sports dangereux pour le périnée surtout lorsqu'ils sont pratiqués de façon intensive. Plus de 70% des jeunes championnes de trampoline, par exemple, ont des problèmes d'incontinence. Les sports de combats, la gymnastique sportive, les sports de saut et tous ceux qui provoquent des poussées abdominales importantes peuvent entraîner des problèmes d'incontinence.

Le tennis, l'équitation, le jogging sont des sports à risque modéré. Les sports où l'on est porté comme le vélo mais aussi la natation, la marche, le roller, la gymnastique douce, le yoga, etc... sont les sports les plus conseillés.

5

L'INCONTINENCE CHEZ L'HOMME

On parle beaucoup de l'incontinence urinaire de la femme. Moins de celle de l'homme. Or l'incontinence de l'homme, même si elle est plus rare, existe. Parce que l'incontinence, au même titre que l'impuissance, est toujours un tabou chez l'homme, elle reste sous-évaluée et peu traitée.

L'incontinence apparaît généralement chez les hommes d'un certain âge.

■ **Elle est le plus souvent liée à une hyperactivité de la vessie provoquée par une hypertrophie de la prostate.**

En vieillissant, la prostate, qui a tendance à grossir, bloque alors la vessie et gêne l'évacuation de l'urine. C'est le syndrome d'obstruction prostatique qui provoque des envies fréquentes d'uriner, de faibles jets d'urine répétés ou des gouttes retardataires.

Les gouttes retardataires sont de petites fuites d'urine qui surviennent, sans envie, environ 30 secondes après la fin de la miction. Elles se sont accumulées dans le canal de l'urètre. Il s'agit alors d'apprendre à l'homme à bien appuyer sur le canal de l'urètre pour faire évacuer l'urine jusqu'à la dernière goutte.

Un traitement médicamenteux est alors proposé au patient. Une chirurgie de la prostate qui permet de lever l'obstruction peut être envisagée.

■ **Les cas d'incontinence masculine liée à l'effort sont le plus souvent provoqués par des traitements** du cancer de la prostate (chirurgie ou radiothérapie).

Le patient en est averti avant l'intervention surtout en cas d'ablation de la prostate pour un cancer. En effet, lors de ces traitements ou de ces interventions, les tissus du sphincter urinaire peuvent être endommagés entraînant une faiblesse de celui-ci pour résister aux efforts.

Dans la très grande majorité des cas, l'incontinence, après ablation de la prostate, disparaît spontanément après une quinzaine de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne. Seuls 5% des patients restent gênés de manière importante à plus d'un an et peuvent être guéris le plus souvent par la mise en place d'un implant sphinctérien urinaire qui donne de très bons résultats avec un long recul. Il peut s'agir du sphincter urinaire artificiel, de ballons ajustables comme chez la femme ou de bandelettes placées sous l'urètre.



6

L'INCONTINENCE CHEZ L'ENFANT

“Après 5 ans, l'enfant doit être propre le jour et la nuit. Pourtant 15% d'entre eux ont encore à cet âge des accidents plus ou moins fréquents. L'origine de ces troubles est très diverse. Il peut y avoir une explication psychologique, mais il en existe le plus souvent d'autres. En tout cas, l'enfant est souvent perturbé et honteux de faire encore pipi au lit et il ne faut surtout pas le culpabiliser”.

L'énurésie est une émission involontaire d'urine à une fréquence d'au moins deux fois par semaine à un âge où l'enfant est censé être propre.

L'âge de la propreté varie d'un enfant à l'autre mais on le situe généralement vers cinq ans pour les filles et six ans pour les garçons. Or, à cet âge un enfant sur six a des fuites. Autant dire que l'énurésie est un problème fréquent.

On dit qu'un enfant a une énurésie primaire lorsqu'il n'a jamais contrôlé sa vessie et une énurésie secondaire lorsqu'il y a une récurrence après au moins six mois de propreté.

L'énurésie nocturne primaire est plus fréquente chez les garçons. On la constate chez 10 à 15% des enfants de 5 ans, chez 6 à 8% des enfants de 8 ans et elle chute à 1 ou 2% à 15 ans.

Pour qu'un enfant soit propre, l'équilibre entre sa vessie et son sphincter (muscle qui ouvre et ferme la vessie) est indispensable. Son apprentissage demande du temps.

Lorsqu'un trouble apparaît, il peut avoir plusieurs causes qui sont le plus souvent intriquées :

- Une cause psychologique comme la naissance d'un frère ou d'une sœur.
- Une immaturité vésicale : la vessie garde des contractions trop intenses et trop fréquentes non contrôlées, comme une vessie de nourrisson. C'est une cause fréquente. Elle s'associe à des pertes d'urine pendant la journée.
- Souvent on associe l'énurésie nocturne à un sommeil profond. La fuite nocturne pourrait être en rapport à un seuil d'éveil plus élevé chez l'enfant énurétique, l'empêchant de se réveiller à temps pour éviter la fuite.
- Un facteur hormonal : la quantité d'urine fabriquée pendant la nuit serait deux fois plus importante chez certains enfants énurétiques du fait d'un défaut de sécrétion de l'hormone antidiurétique.

L'existence de pertes d'urine, la nuit ou le jour peut être aussi due à :

- Une irritation en cas d'infection ou de certaines maladies mal contrôlées.
- Une vessie qui ne se vide pas complètement et qui finit par déborder par “trop plein”.

L'énurésie n'est pas grave, mais perturbe souvent la vie de l'enfant et de la famille. Une prise en charge adaptée à chaque enfant est essentielle et efficace.

Déculpabiliser l'enfant

L'enfant énurétique a tendance à perdre confiance en lui, à se sentir coupable, ce qui entraîne un repli familial et social. Il faut le soutenir, éviter de le punir ou de l'humilier afin qu'il garde l'estime de soi, lui dire que, dans sa classe, il n'est pas tout seul à avoir ce problème.

Il faut d'autant le déculpabiliser que l'énurésie est souvent une tendance familiale : les trois quarts des garçons et près des deux tiers des filles souffrant d'énurésie ont au moins un de leurs parents qui lui aussi a souffert de ce trouble.

Il faut consulter un médecin pour éliminer toute possibilité d'infection urinaire, de problème de structure des voies urinaires, de problème neurologique ou de maladies telles que le diabète.

Il faut comprendre les différents facteurs en cause de cette énurésie : Le meilleur moyen de savoir comment fonctionne la vessie de l'enfant le jour et la nuit est de lui demander de faire un **calendrier ou catalogue mictionnel** : il prend un papier et un crayon et il note pendant deux ou trois jours les éléments suivants :

- l'heure de chaque miction,
- la quantité émise à chaque fois (au moyen d'un verre gradué par exemple),
- les fuites éventuelles le jour et leur mode de survenue.

Il faut responsabiliser l'enfant qui doit collaborer au traitement de son énurésie :

Il devra inscrire, sur un tableau, chaque mois, ses nuits "mouillées" et ses nuits "sèches". Cet outil de responsabilisation est aussi utile pour évaluer les résultats du traitement.

Il collaborera également au traitement, en renonçant aux couches, en enlevant lui-même son pyjama mouillé ou ses draps, en évitant la prise excessive de liquides dans les deux heures précédant le coucher, en vidant sa vessie avant le coucher.

Les parents aideront l'enfant dans cette tâche.

Après cette première prise en charge, parfois suffisante, différents traitements peuvent être proposés et adaptés à chaque enfant.

Les traitements médicamenteux :

Le chlorure d'oxybutinine n'est à prescrire qu'en cas d'immatrité vésicale. Les troubles diurnes sont d'abord améliorés, l'énurésie nocturne ensuite. La desmopressine : des études ont démontré que 50% des enfants traités avec cette hormone antidiurétique (effets secondaires possibles : congestion nasale, douleurs abdominales, maux de tête) demeurent sec plus d'un an après l'arrêt du traitement.

L'imipramine, un antidépresseur, est à éviter en raison de ses effets secondaires graves en cas de surdosage.

Les médicaments sont proposés dans certains cas pour des périodes limitées (si l'enfant part en camp de vacances ou passer la nuit chez un copain, par exemple).

Les autres traitements :

Un système de conditionnement, comme **l'alarme** peut être utilisé.

L'alarme apprend à l'enfant à réagir à une vessie pleine pendant le sommeil. Elle se déclenche lorsque l'enfant commence à uriner. Elle enseigne à l'enfant à se réveiller au son de l'alarme puis, par approximation, à associer son réveil à la sensation de vessie pleine.

Le succès de l'alarme dépend de la motivation de l'enfant. Les alarmes fonctionnent mieux chez les enfants de plus de 7 ou 8 ans.

En fait souvent, l'enfant continue à dormir profondément malgré la sonnerie qui réveille par contre les parents.

En cas d'immatrité vésicale, **la rééducation vésicale** par retenue volontaire lors d'un besoin permet à l'enfant d'obtenir un meilleur contrôle de sa vessie le jour et par voie de conséquence la nuit.

En résumé, déculpabilisation, responsabilisation de l'enfant et adaptation du traitement sont les trois points importants de la prise en charge de l'énurésie nocturne.



7 RÉÉDUCER SOI-MÊME SA VESSIE

"Je fais pipi tout le temps, je n'arrive pas à me retenir". Grâce à un travail comportemental, ceux qui souffrent d'une incontinence liée à une hyperactivité de la vessie peuvent apprendre à mieux contrôler leur vessie et à rééduquer leur vessie eux-mêmes.

Un adulte doit uriner en moyenne de 4 à 6 fois par jour et éventuellement une fois la nuit. La quantité d'urine émise à chaque fois est de 300 et 500 millilitres.

En vieillissant la capacité de la vessie diminue (300 à 400 millilitres) et on urine plus fréquemment : de 6 à 8 fois par 24 heures.

En rééduquant sa vessie on peut en augmenter la capacité

Voici les étapes de cette rééducation :

1) Avant d'apprendre à contrôler sa vessie, il faut savoir comment elle fonctionne. Se munir d'un papier et d'un crayon et noter pendant deux ou trois jours les éléments suivants :

- L'heure de chaque miction,
- La quantité émise à chaque fois (au moyen d'un verre gradué par exemple),
- Les fuites accidentelles, avec leur importance en volume (très légère, très importante, etc).

2) Une envie se fait ressentir : il faut tenir bon. Calculer le temps qui s'écoule entre le moment où l'on a envie et le moment où l'on "ne tient plus" (1 minute ? 15 minutes ?).

Ajouter une minute à ce temps maximum et tenir bon ! Exercice à faire à chaque fois que l'on a envie de vider sa vessie.

3) Trois moyens pour "tenir bon" lorsque l'on a une envie pressante :

- Rester immobile, assis de préférence. Appliquer une pression sous le plancher pelvien en plaçant par exemple une serviette roulée sur le siège avant de s'asseoir. Ça aide !
- Faire des contractions du périnée. Relâcher. Recommencer jusqu'à ce que l'envie pressante disparaisse. Ne pas abandonner !

• Fermer les yeux. Essayer de penser à autre chose à l'aide, par exemple, d'une des "astuces" suivantes :

- a) S'imaginer que l'on a gagné au Loto et rêver à la façon dont on va dépenser l'argent.
- b) Compter à rebours à partir de 586.
- c) Penser à trois villes françaises commençant par la lettre A puis par la lettre B, etc...

Lorsque l'on arrive bien à se retenir, on peut augmenter progressivement le nombre de minutes et tenir bon une minute, 5 minutes ou 20 minutes supplémentaires : c'est à chacun de voir.

4) Les résultats ne devraient pas se faire attendre !

Vérifier les résultats en notant les heures et la quantité de chaque miction. Le volume des urines de chaque miction devrait augmenter régulièrement pour approcher les 300 millilitres.

Le temps passé entre deux allers et retours aux toilettes devrait s'allonger. Un état de fatigue, un rhume, une infection urinaire, une émotion ou une anxiété, un temps humide ou froid peuvent perturber le bon fonctionnement de cette rééducation. Il faut alors attendre que ça aille mieux et reprendre sans se décourager !

Si, au bout de 4 semaines de ce programme de rééducation, aucun résultat n'est observé, mieux vaut alors consulter votre médecin généraliste ou un urologue qui pourra prescrire un traitement médicamenteux.

Autres "petits moyens" pour aider sa vessie à augmenter de capacité :

- Boire un litre ou un litre et demi de liquide par jour. Mais pas 3 litres !
- Limiter en revanche l'absorption de liquides reconnus pour irriter la vessie comme le café, les boissons à base de cola ou l'alcool.
- Limiter également les soupes ou la tisane le soir.
- Éviter d'aller aux toilettes de façon préventive sauf avant d'aller vous coucher.