

UN CAS CLINIQUE DE TROUBLES MICTIIONNELS CHEZ UN ENFANT

Geneviève MARQUAT PERONNY Kinésithérapeute Montluçon

L'ENURESIE

ASSOCIATION DES THERAPIES COGNITIVO COMPORTEMENTALES
ET DE LA PERINEOLOGIE

EPIDEMIOLOGIE

Les troubles mictionnels chez l'enfant sont fréquents, 300 000 enfants en France seraient concernés par l'incontinence urinaire .

L'énurésie touche 8 à 12 % des enfants de plus de 5 ans ,2 garçons pour 1 fille

Ces troubles urinaires ou « énurésie » chez l'enfant correspondent à des mictions non contrôlées,répétées ,surtout nocturnes ,mais aussi diurnes,dont l'origine est multifactorielle

INTRODUCTION

Nous avons pu constater au cours de ces dernières années que le traitement de ces troubles sphinctériens chez l'enfant était complexe . La périnéologie permet d'aborder la prise de conscience périnéale et sphinctérienne de l'enfant,mais cette approche était vouée à l'échec dans la mesure où les parents avaient un comportement néfaste vis-à-vis de l'enfant,en pensant bien faire .Les parents sont souvent désarmés face à ce type de problème ne sachant pas quel comportement adopter ,.En effet , certains voulant aider leur enfant en le protégeant et en exécutant les tâches à sa place freinent sa maturité psychologique et l'infantilise.

Les thérapies Cognitivo-Comportementales (T C C) mettent en évidence les éléments cognitifs des parents (vécu qui dicte un mauvais comportement) pour les aider à changer, détecter éventuellement les conflits liés à l'éducation qui risquent de renforcer négativement l'évolution de l'enfant.

L'enfant ne peut être traité seul sans la collaboration de son environnement

l'approche doit être systémique (globale).

L'enfant est dépendant du comportement de ses parents, de la fratrie, et de l'enseignant.

LA COLLABORATION

Avec les parents

- Commencer par une information du fonctionnement vésico-sphinctérien
- Quel est leur rôle à tenir ? Aider l'enfant à se prendre en charge
- Auto analyse des parents et prise de conscience d'un comportement inadapté et parfois nocif, mise en évidence des éléments cognitifs qui les perturbent
- Entente du couple face à l'éducation de l'enfant

Avec la fratrie

- Analyser leur comportement et éventuellement les amener à le modifier.

Avec l'enseignant

- L'informer du problème
- Son rôle : surveiller si nécessaire, les mictions au cours des récréations. L'encourager à participer, son attitude positive est très importante
- Accepter de répondre aux items

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

- L'enfant doit être d'accord pour participer
- Relation de confiance : Enfant-Thérapeute
- La non compliance des parents entraînera la non implication de l'enfant
- Information du fonctionnement vésico-sphinctérien
- Dédramatisation du problème
- Rôle actif de l'enfant
- Il doit être à l'écoute de son corps
- Hygiène
- Analyse fonctionnelle

- Fixer un objectif et un contrat à respecter
- Renforcement positif au cours du traitement

II - TABLEAU CLINIQUE

1 EVALUATION DIAGNOSTIC

Critères diagnostiques du D S M I V :

- A- Miction répétée, diurne ou nocturne, au lit, dans les vêtements, involontaire ou délibérée.
- B- Survenue au moins 2 fois par mois chez des enfants âgés de 5 à 6 ans et au moins une fois par mois chez les enfants plus âgés
- C- L'enfant a un âge chronologique d'au moins 5 ans et un âge mental d'au moins 4 ans
- D- Non dû à un trouble physique tel qu'un diabète- une infection des voies urinaires ou des convulsions Le manque de contrôle est en rapport avec la capacité vésicale et le mécanisme sphinctérien (immaturité vésicale, difficultés d'inhibition du détrusor)
- E- Les désordres mictionnels sont liés à des troubles émotionnels- relationnels -à des conflits-, à des stress- ou à de la dépression
- F- On notera le lien qui existe entre l'énurésie et l'impressionnabilité

L'impressionnabilité, caractérise les enfants émotifs – L'énurésie nocturne peut se déclarer à la suite d'un rêve, de films d'épouvante, de gronderies, de punitions.

2 BILAN EN PERINEOLOGIE

Absence de prise de conscience périnéale (confusion entre : contraction- relaxation -poussée)

Ne sent pas le besoin d'uriner et les pertes d'urine

Mictions diurnes : 3/jour

Incontinence nocturne primaire

Absence d'incontinence à l'effort

Infections urinaires avec colibacilles à partir de 6 ans (traité depuis plusieurs mois).

Absorption de liquide très insuffisante

Absence de constipation

3- METHODE D'EVALUATION

Ligne de base de l'anxiété
 Ligne de base de l'énurésie nocturne
 Ligne de base de l'énurésie diurne
 Calendrier mictionnel
 Questionnaire de CONNERS (parents)
 Questionnaires de CONNERS (enseignant)
 Echelle d'anxiété manifeste pour les enfants

III PROCEDURE THERAPEUTIQUE

1 LE CONTRAT -LES OBJECTIFS

Les parents et l'enfant s'engagent à collaborer
 Les tâches seront prescrites avec leur consentement
 Réduire l'anxiété
 Rétablir la continence nocturne et diurne

I- PRESENTATION DU CAS

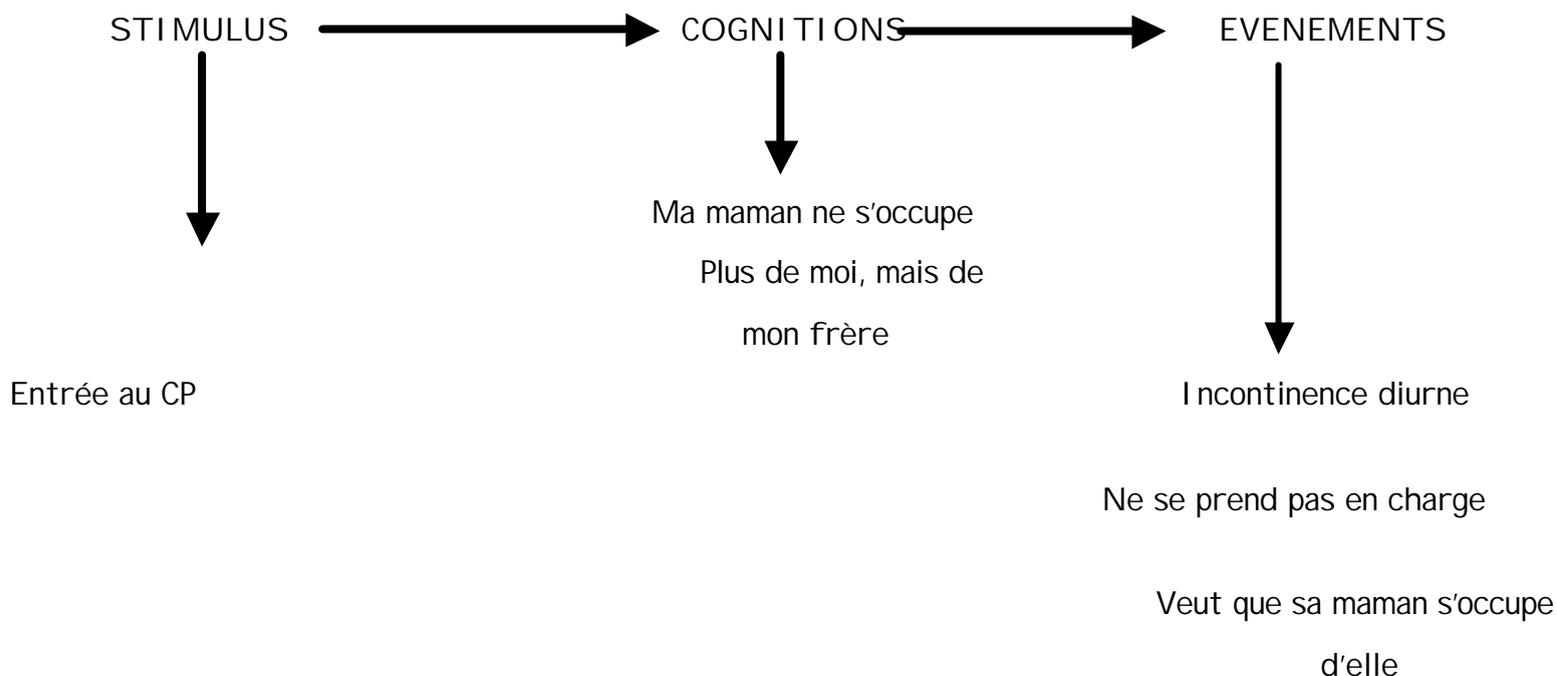
Il s'agit d'un enfant de 7 ans SANDRINE, présentant une énurésie nocturne primaire, et une énurésie diurne secondaire, avec des infections urinaires à répétition.

MECANISME DE L'ENURESIE SECONDAIRE DE L'ENFANT

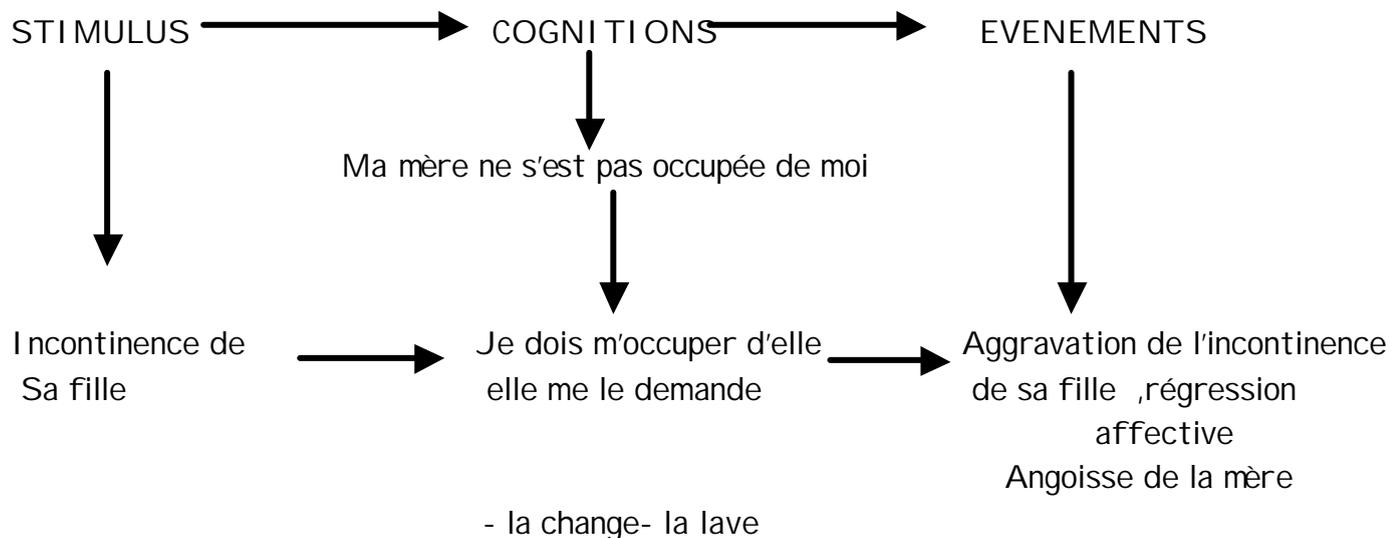
Événement : L'entrée au cours préparatoire a aggravé sa jalousie vis-à-vis de son jeune frère
 Apparition de troubles mictionnels diurnes, renforcés par le comportement de sa mère (trop protectrice) : la changer sans la faire participer - la conforter dans son attitude de « bébé » SANDRINE se mettait au niveau de son jeune frère .

Son comportement s'aggravait de plus en plus : coléreuse ,hyperactive,difficultés de concentration, de communication,absence de prise en charge, lenteur dans l'apprentissage à la lecture et à l'écriture,troubles d'Anxiété Généralisée augmentant les dysfonctions urinaires.

APPROCHE COGNITIVO COMPORTEMENTALE DE Sandrine



APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DE SA MAMAN



ANALYSE FONCTIONNELLE DE L'ENFANT ET DE SA MERE

APPROCHE SYSTEMIQUE

ANTECEDENTS HISTORIQUES

ENFANT

PERE énurétique jusqu'à 14 ans

FRERE énurétique

MERE

Anxiété élevée

Anxiété

Incontinence nocturne primaire

Carence affective

Jalouse de son frère

Très protectrice

Continence diurne

Difficultés d'endormissement

Sommeil profond

ANTECEDENTS IMMEDIATS

Entrée au CP

Reproche à sa mère de ne pas

s'occuper d'elle

S'inquiète

Incontinence diurne

Se culpabilise

Ne ressent pas le besoin d'uriner

COMPORTEMENT PROBLEME

Incontinence diurne

Surprotection de sa fille

nocturne

Agit à sa place

Hygiène insuffisante

Exécute les tâches imposées par sa fille

Infections urinaires

CONSEQUENCES PERSONNELLES

Aggravation de son incontinence

Se laisse complètement aller

De plus en plus anxieuse

Perte de confiance en elle

Régression affective

CONSEQUENCES SUR L' ENVIRONNEMENT

Conflits avec sa mère

Difficultés scolaires, de communication avec ses camarades avec son frère

III PROCEDURE THERAPEUTIQUE (suite)

2 LE PROTOCOLE

A-PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

1 -Relaxation

3- Restructuration cognitive de la mère et de l'enfant

4-Restructuration comportementale :

B-PRISE EN CHARGE CORPORELLE ET COMPORTEMENTALE

La périnéologie

a -Information

b- Hygiène

c-rééducation- au cabinet

Nous allons utiliser 2 méthodes :l'électrostimulation et le biofeed back

A la maison

Contrôle des mictions au quotidien à l'aide des parents et de l'enseignante.

IV RESULTATS ET DISCUSSION

Les premières séances ont été consacrées à l'approche cognitive de la mère et de sa fille, les changements de comportement se sont installés peu à peu. La périnéologie a fait suite ; Sandrine a commencé à progresser en l'identifiant .

Après quelques séances, partie en vacances un mois,elle est revenue avec les mêmes problèmes,La fréquence des séances a été accélérée ,la discipline s'est installée ,très rapidement . La sensation de besoin étant revenue .A partir de ce moment là ,elle a pu utiliser le « verrouillage » qu'elle avait acquis auparavant ;peu à peu l'incontinence diurne a disparu .

L'incontinence nocturne persistait encore mais, Sandrine moins anxieuse , avait repris confiance en elle et était heureuse de faire plaisir à sa mère ;Nous avons décidé ensemble de faire sonner le réveil la nuit en choisissant une heure qui semblait correspondre à la fuite d'urine en supprimant les garnitures. La réponse a été immédiate elle se levait pour uriner. Son lit n'était plus souillé le matin

Un échec est intervenu une semaine plus tard mais ne s'est pas renouvelé dans les mois qui ont suivi (tableau 1)

Les infections urinaires ont cessé malgré l'arrêt des antibiotiques :il semblerait que son hygiène intime insuffisante entretenait les infections .

Sandrine est devenue plus mature en se prenant en charge, a fait des progrès dans différents domaines (communication, scolaire) sachant mieux s'affirmer ,elle avait confiance en elle, fière des résultats obtenus.

V CONCLUSION

Dans le traitement de l'énurésie il est indispensable de tenir compte de plusieurs facteurs

Le degré d'anxiété de l'enfant

L'environnement :-parents -fratrie- enseignant

Le fonctionnement du couple : l'aider à prendre conscience de leurs erreurs- traiter les éléments cognitifs si besoin pour les aider à changer de comportement

L'attitude de l'enfant dans son milieu familial et scolaire

La prise de conscience périnéale

L'hygiène intime chez les filles.

J'ai pu constater dans mon secteur, que les enfants énurétiques étaient de plus en plus dirigés vers les psychologues dans un 1^{er} temps. C'est après un échec qu'ils m'étaient adressés

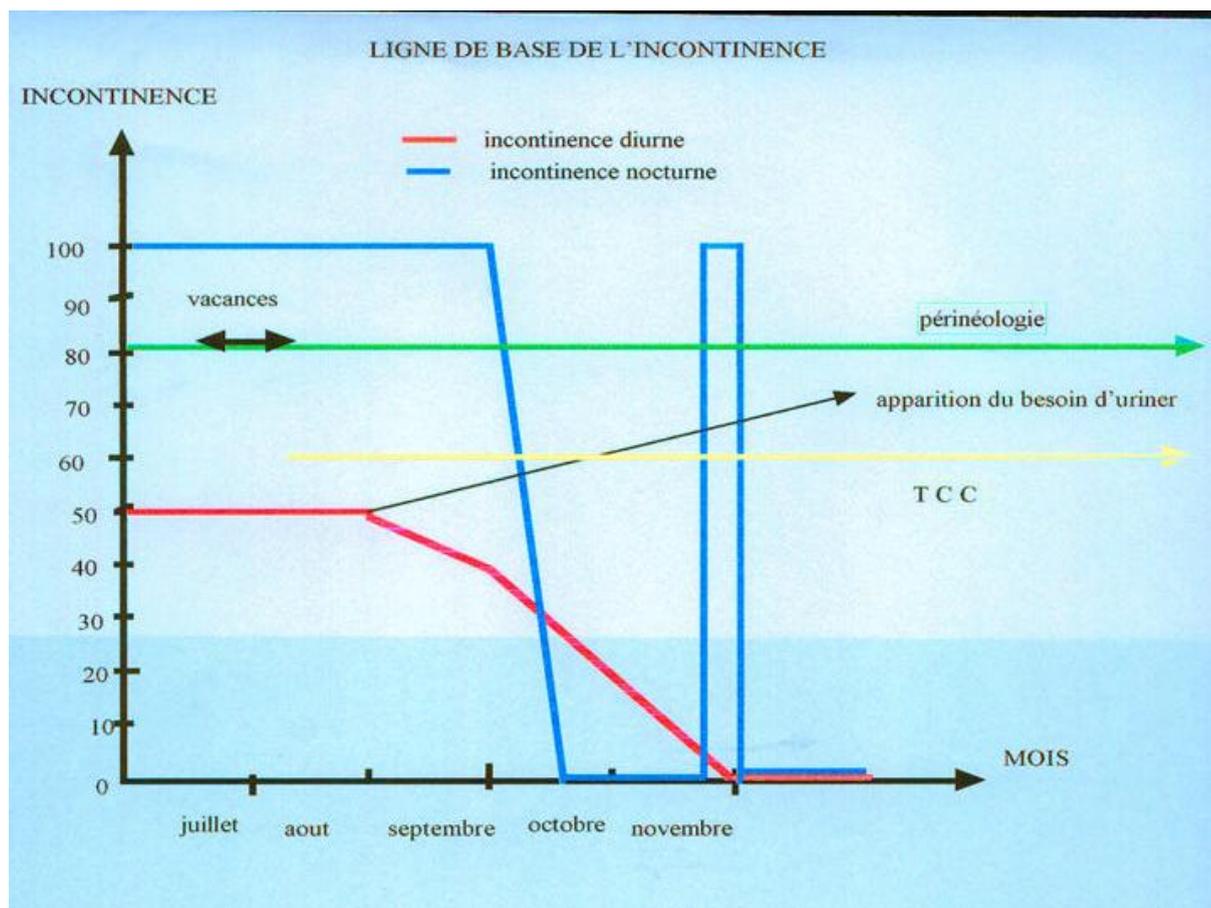
Cette situation me semble anachronique. L'enfant ayant constaté un échec sera renforcé négativement, sa motivation s'estompe, une perte de temps au départ étant inévitable pour le convaincre à agir avant de démarrer une autre thérapie.

Le fonctionnement du périnée ne peut être pris en charge par le psychologue. Par contre la périnéologie par son approche corporelle et les T C C par leur approche psychologique pourront traiter les dysfonctions mictionnelles dans leur globalité .On ne peut plus dissocier le corps et l'esprit.

L'association nous permet d'aboutir à une guérison complète et sans rechute, dans la mesure ou le contrat est respecté, ainsi que le « follow-up » plusieurs mois après la guérison.

La réussite du traitement accélère la maturation de l'enfant .

RESULTATS (tableau 1)



Bibliographie

Cottraux J -Les thérapies comportementales et cognitives ; 3ème édition. Médecine et psychothérapie,1999.

Américain Psychiatric Association -Critères diagnostiques Mini DSMIV ,1996

R. Ladouceur, O Fontaine, J. Cottraux -Thérapie comportementale et cognitive- Enurésie.