

FMH-Quiz / Quiz FMH (10)

Fallbeschreibung:

Der 7 Jahre alte Peter ist seit dem Alter von 3 Jahren nachts trocken und trägt keine Windeln mehr. Tagsüber nässt er noch fast jeden Tag mehrmals ein. Die Mutter beschreibt häufige Haltemanöver und einen «urge». Keine Harnwegsinfektion, keine Obstipation. Die körperliche Untersuchung ist unauffällig und altersentsprechend. Sie bitten die Mutter in einem Protokoll, das Miktionsverhalten des Kindes zu dokumentieren: 12 Miktionen an einem Tag, Miktionsvolumen schwankend zwischen 10 und 65 ml.

Frage 1:

Was untersuchen Sie bei Peter (2 Hilfsuntersuchungen)?

Frage 2:

Die von Ihnen veranlassten Untersuchungen ergeben normale Befunde. Welche Diagnose vermuten Sie?

Frage 3:

Welche Pharmakotherapie kommt bei Peter in Frage?

Présentation du cas:

Pierre, âgé de 7 ans, ne fait plus pipi au lit depuis l'âge de trois ans. Pendant le jour il se mouille régulièrement. La mère décrit des mictions impérieuses avec incontinence «d'urgence». Parfois l'enfant s'accroupit et presse sur sa verge. Aucune infection des voies urinaires, pas de constipation. L'examen clinique est normal. On demande à la mère de documenter le comportement mictionnel de l'enfant: 12 mictions en un jour, volume mictionnel variable entre 10 et 65 ml.

Question 1:

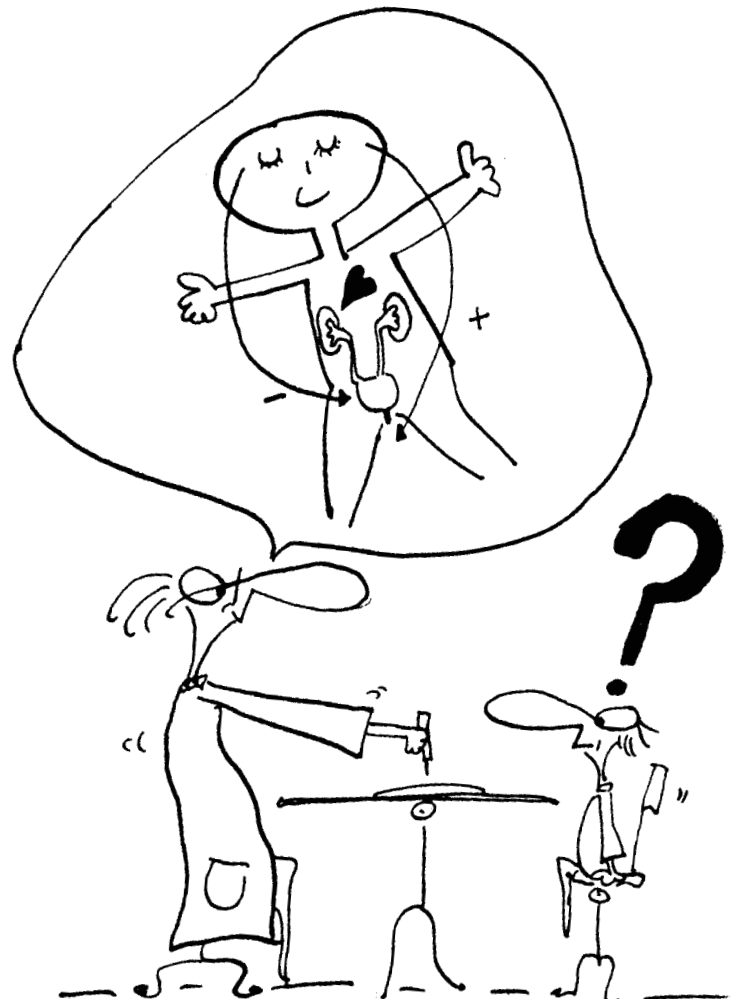
Quels examens complémentaires faites-vous chez Pierre (2 examens complémentaires)?

Question 2:

Les examens complémentaires que vous avez ordonnés sont normaux. Quel diagnostic suspectez-vous?

Question 3:

Quel médicament doit être pris en considération chez Pierre?



FMH-Quiz (10)

Lösungen

Antwort 1:

- Urinstatus, Urinkultur
- Sonographie der Nieren und Blase (vor/nach Miktion)

Antwort 2:

- Idiopathische Dranginkontinenz (= instabile oder unreife Blase)

Antwort 3:

- Oxybutinin (= Ditropan®)

Kommentar des Spezialisten

Antwort 1:

Die Differentialdiagnose der oben beschriebenen Symptomatik umfasst die akute oder chronische Harnwegsinfektion, die organische und funktionelle Harninkontinenz, die Obstipation sowie bei Mädchen auch eine Vulvovaginitis und einen vaginalen Fremdkörper. Zur Diagnosestellung benötigt man neben der Anamnese, dem Miktionsprotokoll sowie der körperlichen Untersuchung einen Urinstatus, eine Urinkultur sowie eine Sonographie des Abdomens. In Ausnahmefällen ist auch eine urodynamische Abklärung notwendig. Bei der körperlichen Untersuchung sollte vor allem auf den Genitalstatus sowie Hinweise auf neurologische Störungen geachtet werden. Die Sonographie sollte die Frage nach Blasenwanddicke und Restharnbildung beantworten.

Antwort 2:

Die idiopathische Dranginkontinenz gehört in den Formenkreis der funktionellen Harninkontinenz, das heisst der Inkontinenz, welche nicht durch Krankheit, Trauma oder kongenitale Malformation bedingt ist. Folgende drei Formen sind am häufigsten:

- idiopathische Dranginkontinenz (= instabile oder unreife Blase)
- Inkontinenz bei Miktionsaufschub
- Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination

Die idiopathische Dranginkontinenz umfasst folgende Symptomatik:

- hohe Miktionsfrequenz von mehr als 7-mal/Tag mit kurzen Miktionsabständen und kleiner funktioneller Blasenkapazität.

- plötzlicher und oft imperativer Harndrang mit häufig Haltemanövern (Aufeinanderpressen der Oberschenkel, Hüpfen von einem Bein auf das andere, Fersensitz...)
- Einnässen von kleinen Urinmengen tagsüber, infolge Ermüdung gehäuft am Nachmittag. Oft mehrmaliges Einnässen in derselben Nacht oder Nykturie
- perigenitale Hautmazeration, Vulvovaginitis
- rezidivierende Harnwegsinfekte, seltener vesikoureteraler Reflux
- Obstipation, manchmal verbunden mit Einkoten

Urodynamisch zeigt sich eine Detrusorinstabilität, das heisst ein ununterdrückbares Auftreten von Detrusorkontraktionen von mehr als 25 cm H₂O während der Füllungsphase.

Die idiopathische Dranginkontinenz ist die häufigste Inkontinenzform des Kindesalters. In einer schwedischen epidemiologischen Untersuchung von 7-jährigen Schulanfängern nässten 3,1% der Mädchen und 2,1% der Knaben tagsüber ein. Davon hatten 82% der Mädchen und 72% der Knaben zusätzliche Drangsymptome. Bei den meisten lassen die Symptome bis zur Pubertät nach, gehen aber nicht selten bis ins Erwachsenenalter weiter.

Die Ätiologie ist noch nicht vollständig geklärt. Genetische Faktoren spielen eine Rolle, da häufig mehrere Mitglieder in derselben Familie betroffen sind. Die Dranginkontinenz kann auch im Sinne eines erlernten Verhaltens nach Harnwegsinfektionen persistieren. Eventuell können aber auch Harnwegsinfektionen eine Instabilität der Blase auslösen. Ausserdem wird eine Verzögerung in der physiologischen Entwicklung der Blasenfunktion diskutiert. Die meisten Kinder mit idiopathischer Dranginkontinenz sind psychiatrisch unauffällig, zeigen aber häufig emotionale Probleme als Folge und nicht als Ursache ihrer Problematik.

Die Diagnose wird aufgrund der Anamnese, dem klinischen Status, dem Miktionsprotokoll sowie der Sonographie vermutet. Beweisen kann man sie nur mittels Urodynamik; diese ist aber bei eindeutiger Klinik meist nicht nötig und wird vor allem in unklaren Fällen oder bei Therapieresistenz eingesetzt.

Antwort 3:

Bei der Therapie ist es enorm wichtig, dass eine eventuell begleitende Obstipation behandelt wird. Wegen der engen anatomischen Verhältnisse zwischen Rektum und Blasen hinterwand führt jede grössere Rektumerweiterung zur Kompression von Blase, Blasenhalshals und zur Erweiterung der Urethra. Zudem bilden der rektale und der urethrale Sphink-



ter zusammen mit dem Beckenboden eine physiologische Einheit, sodass eine Kontraktion des rektalen Sphinkters simultan zur Kontraktion des urethralen Sphinkters führt.

Zusätzlich sind verhaltenstherapeutische Ansätze mit dem Ziel der bewussten Kontrolle der Drangsymptome ohne motorische Haltemanöver sinnvoll. Die Kinder werden bei Drangsymptomen dazu aufgefordert, sofort die Toilette aufzusuchen, ohne Haltemanöver durchzuführen. Der Erfolg sollte protokolliert werden. Daneben kann versucht werden, mit Hilfe eines Blasentrainings die Blasenkapazität zu vergrössern. Hilfreich in der Therapie ist ausserdem Oxybutinin, welches über eine spasmolytische, anticholinerge und lokalanästhetische Wirkung verfügt. Es wird in einer Dosierung von 0.2–0.6 mg/kg KG/Tag in zwei bis drei Dosen eingesetzt. Es führt bei den meisten Kindern zu einer Zunahme der Blasenkapazität und zu einer Abnahme der Drangsymptome. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind: Mundtrockenheit, fleckige Hautrötungen, Akkomodationsstörungen, Abnahme der Schweißdrüsensekretion sowie Obstipation. Um sie zu minimieren, ist eine einschleichende Dosierung empfehlenswert.

Sollten rezidivierende Zystitiden vorhanden sein, so ist es sinnvoll, nach Akuttherapie eine antibiotische Prophylaxe für mindestens drei Monate einzusetzen.

Literatur

- Fernandes E, Vernier R, Gonzalez R: The unstable bladder in children. J Pediatr 1991; 118: 831–837.
- Hjalmas K: functional daytime incontinence: definitions and epidemiology. Scand J Urol Nephrol 1992; 141 Suppl: 39–46.
- Laux-End R, Marchand S, Bianchetti MG: Urinary tract infections in pediatric practice-which new aspects must be considered? Ther Umsch 1998; 55: 32–38.

Regula Laux-End, Thal

Quiz FMH (10)

Solutions

Réponse 1:

- Examen des urines, culture des urines
- Echographie des reins et de la vessie (avant/après miction)

Réponse 2:

- Incontinence d'urgence (= vessie instable ou immature)

Réponse 3:

- Oxybutinin (= Ditropan®)

Commentaire du spécialiste

Réponse 1:

Le diagnostic différentiel de la symptomatologie mentionnée ci-dessus comprend les infections urinaires aiguës ou chroniques, l'incontinence urinaire organique et fonctionnelle, la constipation et, également chez la fillette une vulvo-vaginite et un corps étranger vaginal. A côté de l'anamnèse, il est nécessaire pour poser le diagnostic, d'effectuer un protocole mictionnel et un examen clinique, de même qu'un examen et une culture des urines ainsi qu'une échographie de l'abdomen. Exceptionnellement, un examen uro-dynamique sera nécessaire. Lors de l'examen clinique, on sera particulièrement attentif au status génital et à la recherche de troubles neurologiques. L'échographie devrait mettre en évidence l'épaisseur de la paroi vésicale et la présence d'un résidu post-mictionnel.

Réponse 2:

L'incontinence d'urgence fait partie des incontinen- ces urinaires fonctionnelles, c'est-à-dire des incontinen- ces qui ne sont pas dues à des causes orga- niques (maladies, traumatismes, malformations congénitales). Les trois formes suivantes sont les plus fréquentes:

- L'incontinence sur urgence mictionnelle ou l'incontinence d'urgence (= vessie instable ou immature)
- L'incontinence sur mictions rares
- Le dysfonctionnement vésico-sphinctérien

L'incontinence d'urgence se manifeste par les symp- tômes suivants:

- Fréquence élevée des mictions (plus de 7 par jour) avec intervalles courts entre les mictions et capacité vésicale réduite.
- Besoins urinaires soudains et souvent impérieux, avec l'utilisation fréquente de tentatives d'arrêter la miction (serrer les cuisses, sautiller d'une jambe sur l'autre, s'asseoir sur les talons, ...)
- Pertes urinaires durant la journée, modérées, après fatigue, fréquemment l'après-midi. Souvent énurésie nocturne à plusieurs reprises, durant la même nuit ou nycturie.
- Macération de la peau de la région périnéale, vulvo-vaginite.
- Infections urinaires récidivantes, rarement reflux vésico-urétéral
- Constipation, parfois associée à une encoprésie

Lors de l'examen uro-dynamique, on met en évidence une instabilité du detrusor, c'est à dire la survenue d'une contraction non inhibable du detrusor de plus de 25 cm d'eau durant la phase de remplissage.

L'incontinence d'urgence constitue la forme la plus fréquente d'incontinence de l'enfant. Dans une étude épidémiologique suédoise d'écoliers de 7 ans, 3,1% des filles et 2,1% des garçons présentaient une énurésie diurne. 82% des filles et 72% des garçons concernés présentaient des symptômes complémentaires d'urgence mictionnelle. La plupart présentaient ces symptômes jusqu'à la puberté, mais ceux-ci se poursuivaient parfois jusqu'à l'âge adulte.

L'étiologie n'est pas encore parfaitement claire. Des facteurs génériques jouent un rôle, car fréquemment plusieurs membres de la même famille sont concernés. L'incontinence d'urgence peut également persister comme symptôme acquis à la suite d'infections urinaires. Mais des infections urinaires peuvent éventuellement également causer une instabilité vésicale. En outre, on discute d'un retard du développement physiologique de la fonction vésicale. La plupart des enfants atteints de cette incontinence n'ont pas de troubles psychiatriques, mais présentent fréquemment des problèmes émotionnels qui sont la conséquence mais pas la cause de leur problématique.

Le diagnostic est suspecté d'après l'anamnèse, l'examen clinique, le protocole mictionnel et l'échographie. L'examen uro-dynamique permet de le prouver, mais cet examen n'est indiqué que dans des cas peu clairs ou de résistance au traitement.

Réponse 3:

Lors du traitement, il est très important de traiter également une éventuelle constipation concomitante. A cause des rapports anatomiques étroits

entre le rectum et la paroi postérieure de la vessie, une dilatation importante du rectum conduit à une compression de la vessie, du col vésical et à une dilatation de l'urètre. En outre, les sphincters rectaux et urétraux constituent avec le périnée une unité physiologique, si bien qu'une contraction du sphincter rectal induit une contraction simultanée du sphincter urétral.

Enfin, sont utiles des interventions de type comportemental, visant à prendre conscience des symptômes de remplissage vésical, sans essayer de se retenir. Lors d'urgence mictionnelle, les enfants sont incités à se rendre immédiatement aux toilettes, sans effectuer de gestes pour se retenir. Le succès doit être protocolé. En outre, avec l'aide d'un training vésical, on peut essayer d'augmenter la capacité vésicale. L'oxybutinine constitue également une aide thérapeutique, grâce à ses effets spasmolytiques, anti-cholinergiques et anesthésiques locaux. Elle est administrée à la dose 0.2-0.6 mg/kg /j en 2-3 doses. Elle conduit chez la majorité des enfants à une augmentation de la capacité vésicale et à une diminution de l'incontinence. Ses effets secondaires les plus fréquents sont la sécheresse buccale, des rougeurs cutanées, des troubles d'accommodation, une diminution de la sudation et une constipation. Afin de les minimiser, un dosage progressif est recommandé.

Si des cystites récidivantes sont présentes, il est utile de continuer le traitement aigu par une prophylaxie antibiotique d'au moins trois mois.

Littérature

- Fernandes E, Vernier R, Gonzalez R: The unstable bladder in children. *J Pediatr* 1991; 118: 831-837.
- Hjalmas K: functional daytime incontinence: definitions and epidemiology. *Scand J Urol Nephrol* 1992; 141 Suppl: 39-46.
- Laux-End R, Marchand S, Bianchetti MG: Urinary tract infections in pediatric practice-which new aspects must be considered? *Ther Umsch* 1998; 55: 32-38.

Regula Laux-End, Thal

Traduction: R. Tabin, Sierr