

Enuresis

Leserbriefe zu: Girardin E. Enuresis und Miktionsstörungen beim Kind. Schweiz Med Forum 2002;2:634–9.

Kein «Desmopressin-Mangel-syndrom»

Ich möchte Prof. Girardin für die klaren und handlungsleitenden Informationen im oben erwähnten Artikel bestens danken.

Als Kinderpsychiater erlaube ich mir dennoch eine kritische Bemerkung. Ohne die Enuresis nocturna wieder, oder gar ausschliesslich, zum sogenannten «unteren Weinen» erklären zu wollen, wie dies früher bei psychodynamisch orientierten Kinderpsychiatern und Pädiatern durchaus üblich war, mutet es mich doch gar simplifizierend an, wenn die kindliche Psyche aus dieser Problematik fast vollständig ausgeklammert wird. Lediglich in einem Absatz spricht der Autor von den «zweifellos auch psychosozialen Folgen». Andere, durchaus moderne psychosomatische und entwicklungspsychopathologische Erkenntnisse, wonach gerade eine sekundäre Enuresis nocturna auch psychoreaktive Gründe haben kann, werden m.E. jedoch eklatant «verschwiegen».

Hat sich denn das bio-psycho-soziale Gesundheits- und Krankheitsverständnis – das ich doch schon in meiner Pädiatriezeit vor rund 20 Jahren kennen- und schätzengelernet habe (notabene von einem pädiatrischen Stoffwech-

selspezialisten vermittelt) – in der heutigen Pädiatrie oder Kinderneurologie nicht definitiv etabliert?

So wie die Hyperaktivität- und Aufmerksamkeitsstörung kein «Ritalin-Mangelsyndrom» ist, ist m.E. auch die Enuresis nocturna eben kein «Desmopressin-Mangelsyndrom», sondern viel eher eine «bio-psycho-soziale Reifungsstörung». Diese kann, wie der Autor richtig bemerkt, auf verschiedenen Wegen behandelt werden: eben z.B. mit «Ratschlägen» und der von ihm propagierten Desmopressin-Gabe, wogegen ich selbstverständlich nichts einzuwenden habe. Sie kann aber auch mit verhaltenmedizinischen bzw. verhaltenstherapeutischen Interventionen, mit körperorientierten Methoden, wie dem Autogenen Training (AT) sowie mittels psychotherapeutischer – «spieltherapeutischer» – Behandlung angegangen werden, welche letztere übrigens nicht nur zur Blasen-, sondern auch zur Persönlichkeitsreifung beitragen kann.

Meines Erachtens werden wir den Entwicklungsbedürfnissen von Kindern am ehesten gerecht, wenn wir deren verschiedene Entwicklungsdimensionen – eben die körperliche ebenso wie die psychische und soziale – möglichst gleichzeitig im Auge behalten.

Dr. med. Patrick Haemmerle
Spezialarzt für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Chefarzt KJPD des Kantons FR
Route des Cliniques 17, PF 75
CH-1705 Fribourg

haemmerlep@fr.ch

Bibliographische Hinweise

1 Bürgin D. Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart: G. Fischer; 1993.

2 Felder W, Herzka HS. Kinderpsychopathologie. Basel: Schwabe; 2001.

3 Resch F. Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Beltz; 1996.

Adeno-Tonsillektomie kann Enuresis zum Verschwinden bringen

Nach Lektüre des interessanten Übersichtsartikels über die Enuresis beim Kind erachte ich eine Ergänzung für sehr wichtig: Die isolierte «einfache» Enuresis kann durchaus auch Ausdruck einer erheblichen Stressreaktion im Rahmen eines kindlichen obstruktiven Schlafapnoeproblems sein und darf nicht bagatellisiert werden. Zur vollständigen Anamnese gehört daher auch die Frage nach dem Schlaf-

verhalten, nach Schnarchen, nächtlichen Atemaussetzern, Albträumen und auffallend aggressivem und unkonzentriertem Verhalten tagsüber. Zum Status gehört auch ein Blick in die Mundhöhle. Riesige «kissing tonsils» bei chronischer Mundatmung können den klinischen Verdacht auf Vorliegen eines kindlichen OSAS untermalen und sollten Anlass sein, eine Adeno-Tonsillektomie zu diskutieren. Meine Erfahrung zeigt, dass nach Entfernen der Obstruktion der oberen Luftwege die nächtliche Atemnot und damit auch häufig die Enuresis verschwindet.

Dr. med. Martin Scherler
Facharzt FMH f. Hals-Nasen-
Ohren-Krankheiten, spez. Hals-
und Gesichtschirurgie
Dorfstrasse 116
CH-8706 Meilen

Réponses

J'aimerais tout d'abord rassurer le *Dr P. Haemmerle*: les aspects psychosociaux de la santé et de la prise en charge des maladies sont connus des pédiatres et des néphrologues pédiatres.

Cependant la lettre du *Dr P. Haemmerle* révèle effectivement une différence fondamentale dans la prise en charge des patients énurétiques. Le point de mon article est en effet le suivant: trop souvent, par méconnaissance de la physiopathologie des troubles mictionnels diurnes, les patients sont «embarqués» dans des prises en charge complexes qui sont inadéquates. Un traitement bien conduit de leur vessie, par exemple pour les dyssynergies vésico-sphinctériennes, médicamenteux et par biofeedback résout leurs problèmes y compris les troubles psychologiques secondaires. Réassurance, dialogue avec le patient, explications, dédramatisation, déculpabilisation font partie de cette prise en charge et sont d'autant plus faciles et efficaces que le traitement améliore en parallèle la situation. Je pourrais également citer des patients qui avaient des instabilités vésicales secondaires à des obstructions par exemple par lithiase vésicale, et qui étaient au bénéfice d'un suivi psychologique.

Pour certains patients, l'approche ne peut pas être aussi systématique, les troubles miction-

nels diurnes peuvent être secondaires ou associés à une situation psychosociale difficile qui mérite un suivi pédo-psychiatrique. C'est au médecin de premier recours de reconnaître ces différentes situations. Je suis convaincu qu'une bonne connaissance de la physiopathologie de la miction, des entités «instabilité vésicale» et «dyssynergie vésico-sphinctérienne» par tous les médecins permet d'améliorer la prise en charge des patients énurétiques.

Réponse à la lettre du Dr M. Scherler: Les évidences d'une association entre l'énurésie nocturne et les apnées obstructives du sommeil sont limitées. Il existe des publications d'observations cliniques chez les enfants et les adultes où une association semble exister, vu que le traitement des apnées a amélioré l'énurésie. Ces cas sont rares. La seule étude comparant de manière statistiquement valable les signes et symptômes associés aux apnées obstructives du sommeil avec un groupe contrôle n'a pas montré d'association avec l'énurésie nocturne [1].

La relation entre ces deux pathologies dans la littérature et dans mon expérience est au mieux tenue. Une bonne anamnèse du sommeil permettra de dépister les problèmes du sommeil liés à une pathologie obstructive mais l'absence ou la présence d'énurésie chez ces patients ne changera pas leur prise en charge.

Professeur E. Girardin
Responsable de l'Unité
de Néphrologie-métabolisme
Hôpital des Enfants
6, rue Willy-Donzé
CH-1211 Genève 14

eric.girardin@hcuge.ch

1 Brouillette R, Hanson D, David R, Klemba L, Szatkowski A, Fernbach S, Hunt C. A diagnostic approach to suspected obstructive sleep apnea in children. *J Pediatr* 1984;105:10.