

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-41 - Énurésie nocturne - Garçon 8 ans

 Cabinet médical

 La mère d'Adam Davidson, un garçon de 8 ans, vient au cabinet, inquiète car son fils continue de mouiller son lit

Anamnèse (25%)

Score : 0/38

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Mon enfant mouille son lit]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de l'énurésie				0
Fréquence [Deux ou trois fois par semaine]	<input type="checkbox"/>			
Moment [Uniquement la nuit]	<input type="checkbox"/>			
Début [Je pense qu'il a toujours eu des problèmes la nuit. Je ne crois pas qu'il n'ait jamais passé plus de quelques nuits sans accident]	<input type="checkbox"/>			
Volume d'urine [Je ne pense pas que ce soit en grande quantité, mais je ne suis pas sûre. Le lit est mouillé partout]	<input type="checkbox"/>			
3. Interventions déjà essayées [Nous avons commandé une de ces alarmes nocturnes, mais tout le monde dans la maison pouvait l'entendre, alors nous ne l'avons pas utilisée longtemps]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Impact psychosocial				0
Impact sur l'enfant [Il a honte de lui-même. Il évite les sorties et les soirées pyjama à cause de cela]	<input type="checkbox"/>			
Impact sur la mère [Ça me dérange. J'ai peur qu'il ait une maladie ou une anomalie sous-jacente]	<input type="checkbox"/>			
Punitions ou récompenses [Je me sens parfois irritée, mais je ne l'ai jamais puni. J'essaie de l'encourager en le récompensant les nuits où il reste sec]	<input type="checkbox"/>			
5. Facteurs déclenchants ou protecteurs				0
Facteurs d'aggravation ou d'atténuation [Aucun que je puisse imaginer]	<input type="checkbox"/>			
Aggravation avec le stress [Je ne suis pas sûre, mais c'est probablement le cas]	<input type="checkbox"/>			
Collations ou boissons tardives [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements environnementaux [Non, je ne vois rien. Nous n'avons pas déménagé ni eu de problèmes familiaux]	<input type="checkbox"/>			
Stress majeurs [Non, il réussit bien à l'école et a de bons amis. Je pense que la seule chose difficile pour lui est de ne pas pouvoir assister aux soirées pyjama]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes urinaires associés				0
Dysurie [Je ne suis pas sûre. Parfois, il se plaint de douleur]	<input type="checkbox"/>			
Urgence urinaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Couleur de l'urine [Jaune]	<input type="checkbox"/>			
Hématurie [Non]	<input type="checkbox"/>			
7. Symptômes généraux				0
Fièvre [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleur abdominale [Non]	<input type="checkbox"/>			
Constipation [Non]	<input type="checkbox"/>			
8. Symptômes du sommeil				0
Ronflements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Réveil nocturne [Non]	<input type="checkbox"/>			
9. Antécédents familiaux [En fait, son père avait le même problème enfant. D'après ce que j'ai compris, son père n'a pas eu le contrôle complet avant d'avoir environ 10 ans]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

10. Antécédents de développement

0

- Antécédents de naissance [Normaux]
- Antécédents neurologiques [À ma connaissance, il n'a jamais eu de problèmes de ce genre]
- Développement psychomoteur [Il a toujours été dans les temps avec son développement. Il a marché tôt, parlé à temps, et lit au niveau de la troisième année]

11. Médicaments actuels [Aucun]

0

12. Antécédents médicaux [Aucun]

0

13. Antécédents chirurgicaux [Aucun]

0

14. Allergies médicamenteuses [Aucune]

0

Examen clinique (25%)

Score : 0/6

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Examen physique non réalisé [L'enfant est dans la salle d'attente - examen à prévoir]				0
2. Examens importants à réaliser				0
Examen génital pour anomalies anatomiques				
Examen abdominal pour masses ou constipation				
Examen neurologique de base				
Évaluation du développement staturo-pondéral				

Management (25%)

Score : 0/18

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques				0

2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic

Diagnostics différentiels à considérer

Énurésie primaire

- Énurésie nocturne primaire monosymptomatique → Analyse d'urine pour exclure infection

Arguments POUR:

- Jamais eu de continence nocturne prolongée
- Uniquement nocturne (pas diurne)
- Pas de symptômes urinaires diurnes
- Antécédents familiaux positifs (père)
- Fréquence 2-3×/semaine typique
- Développement normal par ailleurs
- Âge 8 ans (5% des enfants de cet âge)

Causes organiques

- Infection urinaire → Analyse d'urine + ECBU

Arguments POUR:

- Énurésie présente
- Possible dysurie (mère incertaine)
- Peut être seul symptôme chez l'enfant

Arguments CONTRE:

- Pas de fièvre
- Pas d'urgence mictionnelle
- Pas d'hématurie
- Énurésie chronique (pas aiguë)

- Constipation chronique → Examen abdominal, toucher rectal si indiqué

Arguments POUR:

- Cause fréquente méconnue d'énurésie

- ☐ Compression vésicale par rectum plein
- Arguments CONTRE:**
- ☐ Mère nie constipation
 - ☐ Pas de douleurs abdominales

Troubles du sommeil

- **Apnée obstructive du sommeil** → *Polysomnographie si suspicion clinique*

Arguments POUR:

- ☐ Peut causer énurésie par fragmentation sommeil
- ☐ Altération sécrétion ADH nocturne

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de ronflements
- ☐ Pas de réveils nocturnes
- ☐ Pas de somnolence diurne décrite

Causes psychologiques

- **Énurésie secondaire psychogène** → *Évaluation psychologique si indiquée*

Arguments POUR:

- ☐ Impact psychosocial important
- ☐ Honte et évitement social

Arguments CONTRE:

- ☐ Jamais été continent (pas secondaire)
- ☐ Pas de stress majeur identifié
- ☐ Bonne adaptation scolaire/sociale

Anomalies fonctionnelles

- **Trouble fonctionnel de la vessie** → *Calendrier mictionnel, débitmétrie si besoin*

Arguments POUR:

- ☐ Énurésie persistante

Arguments CONTRE:

- ☐ Continence diurne normale
- ☐ Pas de mictions fréquentes jour
- ☐ Pas d'urgence mictionnelle
- ☐ Mictions nocturnes de volume normal

2. Examens complémentaires initiaux

0

- | | |
|---|--------------------------|
| Analyse d'urine complète (bandelette + microscopie) | <input type="checkbox"/> |
| ECBU si analyse anormale | <input type="checkbox"/> |
| Densité urinaire matinale (concentration ADH) | <input type="checkbox"/> |
| Glycémie si polyurie | <input type="checkbox"/> |

3. Examens si échec traitement

0

- | | |
|---|--------------------------|
| Échographie rénale et vésicale | <input type="checkbox"/> |
| Urée/créatinine si anomalie échographique | <input type="checkbox"/> |
| Débitmétrie urinaire | <input type="checkbox"/> |
| Cystographie si infections récurrentes | <input type="checkbox"/> |

4. Prise en charge thérapeutique



0

Mesures comportementales (1ère ligne)

- Calendrier de propreté avec récompenses
- Mictions régulières avant coucher
- Restriction hydrique 2h avant sommeil
- Double miction au coucher
- Lever programmé nocturne
- Responsabilisation sans culpabilisation

Thérapie par alarme (2ème ligne)

- Gold standard si échec mesures simples
- Taux succès 65-75%
- Nécessite motivation famille
- Durée minimum 3 mois
- Réveil dès début miction
- Conditionnement progressif

Traitement pharmacologique

- Desmopressine (DDAVP) : 0.2-0.4 mg au coucher
- Si densité urinaire matinale < 1.015
- Efficace 60% mais rechute à l'arrêt
- Restriction hydrique obligatoire
- Alternative : oxybutynine si vessie hyperactive

Soutien psychologique

- Dédramatisation du problème
- Renforcement estime de soi
- Implication positive de l'enfant
- Groupe de parole si besoin
- Thérapie familiale si tensions

5. Messages clés pour la famille

0

Énurésie fréquente (5% à 8 ans)

☐

Forte composante génétique

☐

Résolution spontanée 15%/an

☐

Pas de culpabilisation

☐

Traitement efficace disponible

☐

Patience et soutien essentiels

☐

Clôture de consultation

Clôture type

Madame Davidson, la condition de votre fils est probablement un symptôme isolé, mais je voudrais tout de même l'examiner et effectuer quelques tests pour m'assurer qu'il n'a pas d'infection sous-jacente ou un problème médical plus grave. Ensuite, nous pourrions discuter des options de traitement. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Est-ce que j'ai fait quelque chose de mal pour causer ce problème ?] [Est-ce que mon enfant va guérir ?]

Réponse type du candidat

Il existe quelques problèmes médicaux qui peuvent conduire à la condition de votre enfant, mais il est tout aussi probable que ce soit un symptôme isolé. Le fait de mouiller le lit est beaucoup plus courant que ce que la plupart des gens pensent, et il n'y a aucune raison pour vous ou votre enfant de vous sentir embarrassés ou coupables. Il existe un certain nombre d'options de traitement pour cette condition, et après avoir effectué quelques tests pour écarter toute anomalie physiologique, je discuterai de ces options avec vous.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions
Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps
Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension
Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Scénario pour la mère (patient standardisé)

Nom : Mère d'Adam Davidson | **Âge :** Mère d'un garçon de 8 ans
Contexte : Consultation pour énurésie nocturne persistante de son fils

Motif de consultation

Plainte principale : «Mon fils mouille encore son lit à 8 ans.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Je m'inquiète qu'il y ait quelque chose d'anormal.»

Consignes

- L'enfant n'est pas présent (salle d'attente).
- Montrez de l'inquiétude mais sans dramatiser.
- Soyez un peu gênée d'aborder le sujet.
- Insistez sur l'impact social pour votre fils.
- Mentionnez l'histoire familiale du père si demandé.

Histoire actuelle

Caractéristiques de l'enurie nocturne :

- 2-3 fois par semaine
- Uniquement la nuit
- Depuis toujours (primaire)
- Lit mouillé partout
- Jamais sec plus de quelques nuits

Impact psychosocial :

- Enfant honteux
- Évite soirées pyjama
- Mère inquiète maladie
- Pas de punition
- Récompenses pour nuits sèches

Interventions essayées :

- Alarme nocturne abandonnée
- Réveillait toute la maison
- Encouragements positifs
- Pas de restriction hydrique

Facteurs associés :

- Pas de stress majeur
- Réussite scolaire
- Bons amis
- Possible lien avec stress
- Père énurétique jusqu'à 10 ans

Symptômes associés

Symptômes urinaires :

- Possible dysurie occasionnelle
- Pas d'urgence
- Urine jaune normale
- Pas de sang

Symptômes généraux :

- Pas de fièvre
- Pas de douleur abdominale
- Pas de constipation
- Développement normal

Troubles du sommeil :

- Pas de ronflements
- Sommeil normal
- Pas de réveils multiples

Antécédents

Antécédents médicaux : Aucun problème de santé

Antécédents chirurgicaux : Aucune intervention

Antécédents familiaux : Père énurétique dans l'enfance

Développement : Normal, précoce même

Naissance et petite enfance : Accouchement normal

Inquiétudes et questions du patient

Inquiétudes principales :

- Maladie sous-jacente?
- Anomalie anatomique?
- Impact psychologique
- Durée du problème

Questions à poser :

- Est-ce ma faute?
- Va-t-il guérir?
- Que dire à l'école?
- Traitement efficace?

Simulation

Attitude :

- Mère attentionnée
- Légèrement embarrassée
- Protectrice de son fils
- Ouverte aux solutions
- Fatiguée des lessives

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Garçon de 8 ans avec énurésie nocturne primaire monosymptomatique typique. Antécédents familiaux positifs (père). Pas de signes d'alarme. Impact psychosocial important justifiant traitement. Analyse d'urine indispensable pour exclure infection. Approche graduée : comportementale puis alarme puis pharmacologique.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e :

- Culpabilise la mère ou l'enfant
- Minimise l'impact psychosocial
- Oublie l'analyse d'urine
- Propose d'emblée la médication
- Ne mentionne pas le caractère fréquent

Points clés

- Énurésie primaire = jamais continent > 6 mois
- 5% des enfants de 8 ans concernés
- Forte héritabilité (père atteint)
- Exclusion infection urinaire obligatoire
- Approche bienveillante essentielle

Pièges

- Ne pas examiner l'enfant
- Oublier recherche constipation
- Commencer par médicaments
- Ne pas impliquer l'enfant
- Promettre guérison rapide

Diagnostic

Énurésie nocturne primaire monosymptomatique avec retentissement psychosocial

Épidémiologie énurésie

Problème fréquent et sous-estimé :

- Prévalence : 15% à 5 ans, 5% à 10 ans, 1% à 15 ans
- Résolution spontanée : 15% par an
- Ratio garçons/filles : 3/2
- Héritabilité : 75% si 2 parents, 45% si 1 parent
- Impact psychosocial majeur dès 6-7 ans
- 2ème problème pédiatrique après allergies

Physiopathologie

Mécanismes multifactoriels :

- Polyurie nocturne (déficit ADH)
- Capacité vésicale fonctionnelle réduite
- Seuil d'éveil élevé
- Immaturité du contrôle vésical
- Facteurs génétiques (chromosomes 8, 12, 13)
- Pas de pathologie organique dans 95% cas

Classification

Distinctions importantes :

- Primaire : jamais continent > 6 mois consécutifs
- Secondaire : énurésie après continence ≥ 6 mois
- Monosymptomatique : que la nuit, sans symptômes jour
- Non-monosymptomatique : avec symptômes diurnes
- Sévérité : légère <3/sem, modérée 3-6/sem, sévère quotidienne
- Âge diagnostic : ≥ 5 ans

Bilan initial

Approche systématique :

- Histoire détaillée : primaire/secondaire, fréquence
- Calendrier mictionnel sur 2 semaines
- Examen physique : abdomen, OGE, neurologique
- Analyse d'urine systématique
- ECBU si analyse anormale
- Pas d'imagerie en première intention

Traitement comportemental

Première ligne thérapeutique :

- Éducation et dédramatisation
- Calendrier avec système de récompense
- Mictions régulières (6-7×/jour)
- Double miction au coucher
- Accès facile aux toilettes
- Éviter punitions et humiliations

Système d'alarme

Gold standard thérapeutique :

- Efficacité : 65-75% à 6 mois
- Rechute : 10-30%

- Mécanisme : conditionnement classique
- Durée minimale : 3 mois
- Nécessite motivation famille entière
- Meilleur taux guérison définitive

Traitement pharmacologique

Options médicamenteuses :

- Desmopressine : analogue ADH, 60% réponse
- Dose : 0.2-0.4 mg sublingual au coucher
- Restriction hydrique 1h avant et 8h après
- Rechute 50% à l'arrêt
- Anticholinergiques si vessie hyperactive
- Imipramine : abandonné (cardiotoxicité)

Approche combinée

Stratégies d'association :

- Comportemental + alarme = meilleurs résultats
- DDAVP pour événements spéciaux
- Sevrage progressif médicaments
- Suivi rapproché première année
- Soutien psychologique si échec
- Réévaluation si résistance traitement

Résumé du cas clinique

Garçon de 8 ans avec énurésie nocturne primaire monosymptomatique classique. Facteurs favorables : antécédent familial paternel, développement normal, bonne adaptation sociale. Impact psychosocial justifie intervention active. Approche graduée après exclusion cause organique. Pronostic favorable avec traitement approprié et soutien familial.

Conclusion

- L'énurésie est fréquente et traitable
- L'approche doit être bienveillante et graduée
- Exclure une infection urinaire est essentiel
- Le système d'alarme reste le gold standard
- L'implication familiale détermine le succès
- La patience est cruciale (mois/années)

Rappels thérapeutiques

- Mesures comportementales : 20-30% succès seules
- Alarme nocturne : 65-75% succès à 6 mois
- Desmopressine : 0.2-0.4 mg, réponse 60%
- Oxybutynine : 5 mg si vessie hyperactive
- Association alarme + DDAVP parfois synergique

Examens complémentaires

- Analyse urine : densité, glucose, protéines, sang
- ECBU : si leucocytes ou nitrites positifs
- Densité matinale : < 1.015 suggère déficit ADH
- Échographie : si infections récurrentes
- Débitmétrie : si symptômes diurnes