



Le bonheur, c'est un lit sec : la desmopressine pour l'énurésie infantile nocturne

QUESTION CLINIQUE

La desmopressine réduit-elle l'incontinence chez les enfants atteints d'énurésie nocturne?

CONCLUSION

La desmopressine accroît de 10 % (placebo) à 32 % la proportion d'enfants qui connaissent 14 nuits sèches consécutives (la « réponse complète ») à deux semaines. En outre, par rapport au placebo, elle diminue d'environ deux par semaine le nombre de nuits mouillées, avec des effets indésirables semblables. L'efficacité à court terme est semblable à celle des alarmes d'énurésie, mais celles-ci peuvent entraîner des taux de rechute plus faibles. Plus d'enfants connaîtront une réponse complète avec l'association desmopressine/système d'alarme (53 %) qu'avec la desmopressine seule (42 %).

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- La revue systématique la plus récente d'essais cliniques randomisés (ECR). Âge : de 5 à 16 ans¹.
 - Desmopressine (de 100 à 800 mcg par voie orale) par rapport au placebo :

- « Réponse complète » (14 nuits sèches consécutives) (11 ECR, 922 patients). À 14 jours :
 - 32 % par rapport à 10 % (placebo); nombre de sujets à traiter (NST) = 5.
 - Doses plus faibles et plus fortes : aucune différence.
- Nombre moyen de nuits mouillées (16 ECR, 1 267 patients, nombre au départ : 5). À 28 jours :
 - ~ 1,8 nuit/semaine de moins par rapport au placebo.
- Effets indésirables : aucune différence.
- Desmopressine (intranasale/orale) par rapport à l'alarme d'énurésie. À trois mois :
 - Réponse complète (15 ECR, 1 530 patients) :
 - Aucune différence.
 - Rechute après l'arrêt (6 ECR, 685 patients) :
 - 67 % par rapport à 56 % (alarme); nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 9.
- Desmopressine et alarme par rapport à desmopressine seule :
 - Réponse complète (5 ECR, 370 patients). À quatre mois :
 - 53 % par rapport à 42 % (desmopressine seule); NST = 10.
 - Nombre moyen de nuits mouillées (2 ECR, 156 patients). À 84 jours :
 - Association : ~ 0,9 nuit/semaine de moins.
 - Rechute après l'arrêt (2 ECR, 161 patients). À 12 semaines :
 - 68 % par rapport à 86 % (desmopressine seule); NST = 6.
- Desmopressine et alarme par rapport à alarme seule :
 - Nombre moyen de nuits mouillées (6 ECR, 528 patients). À 70 jours :
 - Association : ~ 0,8 nuit/semaine de moins.
- D'autres revues systématiques^{2,3} et des ECR plus récents font état de résultats semblables⁴.
- Limites : De nombreux petits ECR avec communication sélective des résultats.

CONTEXTE

- Lignes directrices⁵ :
 - L'éducation en première intention, les alarmes en deuxième.
 - Ensuite, prise de desmopressine de façon intermittente (p. ex., lors de nuits chez une amie ou un ami); quotidiennement au besoin (envisager la surveillance des électrolytes tous les trois mois).
 - Arrêt de l'essai tous les trois mois⁵.
- La desmopressine peut agir dès la première nuit¹. Administration de la dose de 30 à 60 minutes avant le coucher⁵.
- Pour éviter la toxicité de l'eau :
 - Limiter la consommation de liquides, d'une heure avant l'administration de la dose jusqu'au matin : ~ 200 mL⁵.
 - Le vaporisateur intranasal n'est pas recommandé⁵⁻⁶.
- Comprimé sublingual de 120 mcg = comprimé de 200 mcg⁵.
- Coût (30 jours)⁷ :
 - Comprimé de 200 mcg : ~ 55 \$.
 - Comprimé sublingual de 120 mcg : ~ 100 \$.

RÉFÉRENCES

1. Hahn D, Stewart F, Raman G. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Jul 29;7(7):CD002112.
2. Peng CCH, Yang SSD, Austin PF et al. Sci Rep. 2018;8(1):16755.
3. Zhai Y, Zhang Y, Gou H. Pediatr Nephrol. 2025;40(9):2795-2806.
4. Lv L, Zhang Y, Li Q et al. Sleep Med. 2025;136:106849.
5. Harris J, Lipson A, Dos Santos J. Paediatr Child Health. 2023;28(6):362-368.
6. Dehoorne JL, Raes AM, Van Laecke E et al. J Urol. 2006;176(2):754-758.
7. Calculs des auteurs à partir de l'Interactive Drug Benefit List d'Alberta Blue Cross. Lien : <https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/load.do>. Consulté le 4 mars 2026.

AUTEURS

Jen Potter, M.D., CCMF
Allison Paige, M.D., CCMF
Adrienne J Lindblad, B. Sc.
(pharmacie), B. Sc, ACPR,
Pharm. D.
Tony Nickonchuk, B. Sc.
Pharm.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à la page <https://cfpclearn.ca/tools-for-practice-library/?lang=fr>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.