

Primer Enürezis Nokturna: Üç Vaka Sunumu ve Literatür Taraması Primer Enuresis Nocturna: Three Cases and Review of the Literature

Funda Yıldırım Baş¹, Ercan Baş²

¹ Uzm.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

² Uzm.Dr., Davraz Özel Yaşam Hastanesi, Isparta, Türkiye

Özet

Enuresis Nokturna (EN) hem çocukları, hem de yetişkinleri etkileyen, yaygın görülen, genetik geçişli bir hastalıktır. Bu çalışmada altını ıslatma yakınması olan 11, 16 ve 20 yaşlarında üç kız kardeş incelenmiştir. Primer enuresis nokturna tanısı konan hastaların davranışçı ve medikal tedaviye verdikleri yanıt değerlendirilmiştir. Aile hekimlerinin Enuresis Nokturna tedavisini yapabilecekleri konusuna dikkat çekilmiştir.

Anahtar kelimeler: Davranışçı tedavi, desmopressin, enuresis nokturna.

Abstract

Enuresis nocturna (EN) is a common inherited medical disease affecting both children and adults. In this article 11, 16, and 20-year-old three sister who have complaint of bedwetting was examined. Responses of behavioral and medical treatment were evaluated from patients with primary enuresis nocturna. Also drawn attention to the issue of family physicians can make treatment of enuresis nocturna.

Key Words: Behavioral treatment, enuresis nocturna, desmopressin.

Kabul tarihi: 16.12.2013

Giriş:

Normal gelişimleri sırasında çocuklar, genellikle 2-3 yaşları arasında mesane kontrolünü kazanmaya başlar. Gece idrar kontrolü ise genellikle üçüncü ya da dördüncü yıllar arasında tamamlanmaktadır. Doğuştan ya da kazanılmış santral sinir sistemi defekti olmayan 5 yaşın üzerindeki çocuklarda istemsiz olarak uykuda gece altını ıslatma enuresis nokturna (EN) olarak tanımlanır (1). EN; primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Primer enuresis nokturnalı bir çocuk doğumdan bu yana hiç kuru kalmazken, sekonder enuresis nokturnada en az altı aylık bir kuruluk dönemi sonrasında yakınmalar tekrar başlamaktadır (2).

Görülme sıklığı 5 yaşta %15-20, 7 yaşta %10, 10 yaşta %5, 12-14 yaş arasında %2-3'tür. Spontan kür en geç 14-16 yaş civarında olmaktadır. Yılda ortalama %15 oranında spontan remisyon gözlenmektedir. Forsyth ve Redmond (1974), 1129 enuretik çocuğun %3'ünün 20 yaşında hala enuretik olduğunu bildirmişlerdir (3). Genel olarak enuretik çocukların %60'ı erkek %40'ı kızdır (3). Sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük geniş ailelerde prevalansı daha fazladır. NE sıklıkla ailevidir; tüm enuretiklerin yaklaşık %70-75'inin enuretik ya da daha önce enuretik olan birinci derecede akrabası vardır. Her iki ebeveyni de enuretik olan bir çocukta %77, ebeveynlerinden biri enuretik

olan çocukta %46, hiçbiri enuretik olmayan bir çocukta ise %15 enuresis olasılığı mevcuttur (4). Türkiye'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise enuretik olan ve olmayanlarda aile öyküsü sırasıyla %40,7 ve %9,5 olarak belirlenmiştir (5).

Türkiye'de yapılan klinik çalışmalarda aile öyküsü olma durumunun, ailelerin enuresis nokturnası bulunan yakınlarına yaklaşımlarını etkileyen önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Ailede enuresis nokturna öyküsü varsa ailelerin, çocuklarındaki enuresisi önemsemediği, kendiliğinden geçmesini bekledikleri, bu nedenle başvuru yaşının geciktiği görülmüştür(6).

Olgular:

On bir, 16 ve 20 yaşında üç kız kardeş geceleri altını ıslatma yakınmasıyla Haziran 2012 tarihinde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvurdu. Hepsinin de haftada 3- 4 kez gece kaçırması olup gündüz kaçırması, gaita kaçırması ve kabızlık yakınmaları bulunmamaktaydı. Ek herhangi bir hastalıkları yoktu. Anne ve babaları sağ olup, gelir seviyeleri oldukça düşüktü. Aile öyküsü alındı. Babasında ve iki amcasında 16-17 yaşlarına kadar olan ve hiçbir tedavi görmeden kendiliğinden sona eren altını ıslatma yakınması olduğu öğrenildi. Hastaların prenatal, natal ve postnatal öyküleri doğaldı. 11 yaşındaki hastanın anne sütünü 6 ay, 16 yaşındaki

13 ay, 20 yaşındaki hastanın ise 40 gün almış olduğu öğrenildi. Adenoid hipertrofisi öyküleri bulunmamaktaydı. Allerji öyküleri yoktu. 11 ve 20 yaşındaki hastalara tuvalet eğitimleri 1 yaşında, 16 yaşındaki hastaya ise 4 yaşında verilmeye başlanıldığı öğrenildi. Hastaların öyküleri değerlendirilerek üroloji uzmanına danışıldı. Yapılması gereken tetkikler planlandı. Yapılan rutin biyokimyasal tetkikler, idrar analizi, ürodinamik çalışmalar, kraniyal ve lumbo sakral bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografide (USG) patoloji saptanmadı. Organik ve psikolojik herhangi bir sebep bulunamayan hastalara primer enurezis nokturna tanısı konuldu.

Üroloji uzmanının bilgisi ve önerileri doğrultusunda tedavi basamağına geçildi. Hastalarımız 8 yaşından büyük oldukları için yaratacağı psikolojik problemlerden ötürü ilk basamak tedavide davranışçı tedavi yeterli bulunmadı, medikal tedaviye destek olarak uygulandı. Davranışçı tedavide öncelikle aileye ve hastalara problem anlatıldı ve ayrıntılı bilgi verildi. Alınacak önlemler hasta ve aileye aktarıldı, temel ilkeleri kavramaları sağlandı. Hastaların günlük sıvı alımı 500-1000 cc arasında olduğu için ek sıvı kısıtlaması önerilmedi. Akşamları yatmadan 2 saat öncesinde sıvı alımını oldukça kısıtlamaları, akşam yemeğinden sonra, yatmadan önce kafein, çay, kahve, kola gazlı içecekler, tuzlu gıdalar ve kalsiyum alımından kaçınmaları önerildi. Yatmadan önce mutlaka mesanelerinin boşaltılması ve uyuduktan 1,5-2 saat sonra uyandırılarak idrar yapmaları ve hastaların idrar yapmaya kalktığıнын farkına vardırılması tavsiye edildi.

Medikal tedavi olarak 16 ve 20 yaşındaki hastalara 120 mcg oral desmopressin, 11 yaşındaki hastaya 60 mcg oral desmopressin tedavisi başlandı. Desmopressinin yatmadan 30 dakika önce çiğneme şeklinde kullanımı önerildi. Ayrıca desmopressin kullanımı sırasında yatmadan bir saat öncesinde kesinlikle sıvı tüketimini kısıtlamaları söylendi. Bu şekilde su zehirlenmesi ve hiponatremi riski önleildi.

Bir aylık tedavi sonucunda 16 ve 20 yaşlarında hiç ıslatma görülmez iken, 11 yaşındaki hastada bir ay boyunca haftada bir kez ıslatma olduğu öğrenildi. Tüm hastalarda tedavi başarılı bulunarak desmopressin aynı dozda 3 ay süreyle kullanıldı. Üç aylık kullanımın ilk ayı hariç tüm kardeşlerde tam kuruluk sağlandı. İlk üç aydan sonra 2 ay süreyle desmopressin dozu yarıya düşürüldü, sonrasında 1 ay boyunca desmopressin gün aşırı kullanılıp medikal tedavi sona erdirildi. Hastalar 6 aylık medikal tedavi sonrasında 6 ay boyunca sadece davranış tedavisi ile takip edildi. 6 ay takipte gece ıslatma şikayeti gözlenmedi.

Tartışma:

EN, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülen, kişinin sosyal gelişimi, kariyeri ve insan ilişkileri üzerinde problemler yaratan bir durumdur. Günümüze kadar erişkinlerde EN yaygınlığını belirlemek amacıyla çok sayıda çalışma yapılmamıştır. Askere alınan erlerle yapılan iki farklı çalışmada EN sıklığının %0.73-2 arasında olduğu gözlenmiştir (7,8). Genel toplumdaki sıklığını saptamak amacıyla lisans ve lisansüstü öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada ise bu oranın %3,8 olduğu bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996 verilerine göre, 18 yaş ve üstündeki dokuz milyon kişide EN olduğu tahmin edilmektedir. Bu kadar yüksek oranda enurezis nokturnalı yetişkin olmasına karşılık, bu toplumun tedavi sonuçları ile ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır (9).

EN genellikle geleneksel yöntemlerle (gece uyandırma, sıvı kısıtlama vb.) tedavi edilmekte ve utanılacak bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Aileler çocuklarının bu durumunu saklama eğilimi içindedirler. Bu da konunun öneminin farkında olmadıklarını göstermektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ailelerin enurezisli adolesan çocuklarının durumunu sakladıkları belirtilmektedir. Aileler çocuk yaş döneminde geleneksel tedavilere başvururken 13-19 yaş arasındaki adolesanlarda modern tedavi yöntemine (farmakoloji veya psikoterapi) gereksinim duymuşlardır (10). Olgularımızda yıllardır bu durumlarından utandıkları için bu yaşlarına kadar geçmesini beklemişler fakat geçmemesi üzerine yardım almaya karar vermişlerdir. Dört ay ve daha uzun süre anne sütü ile beslemenin çocukluk çağı sırasında yatak ıslatmaya karşı koruduğu bildirilmektedir (11). Olgularımızın ikisi 4 aydan uzun süreli diğeri ise 40 gün anne sütü almıştır.

Bununla birlikte fındık ve soya fasulyesi alerjileri enurezis nokturna riskini artırmakta (12) ayrıca EN nedenleri arasında, Enterobius vermicularis'in de dikkate alınması gerektiği bildirilmektedir (13,14). Olgularımızda allerji ve Enterebius vermikularis öyküsü bulunmamaktadır. EN ve adenoid vejetasyon ilişkisini araştıran çalışmalarda EN patogeneğinde adenoid vejetasyonun rolü bulunmadığı gibi adenoid tedavisinin enurezisin iyileşmesinde de bir rolünün olmadığı belirlenmiştir (15,16).

Sosyoekonomik durum ve EN sıklığı ilişkisi arayan çalışmaların çoğunda anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ve düşük sosyoekonomik duruma sahip ailelerin çocuklarında sıklık artmıştır (17). Olgularımızın sosyoekonomik durumları oldukça kötüdür.

Hastalarımıza yaşları oldukça büyük olduğu için öncelikle medikal tedavi, ek olarak ise davranışçı tedavi önerilmiştir.

Sentetik antidiüretik hormon analogu olan Desmopressin (DDAVP) primer EN tedavisinde etkili bir ajandır. Desmopressin uzun süreli kullanımında iyi tolere edilmesi, yan etkilerinin nadir oluşu ve yanıtın kısa sürede ortaya çıkması sebebiyle kullanımı yaygındır. DDAVP tedavisinde en önemli sakınca tedavi sonrası yüksek rekürrens oranıdır (18). Özellikle EN açısından aile öyküsü olan hastalarda desmopressinin daha iyi sonuç verdiği saptanmıştır. Norgaard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile öyküsü bulunan hastalarda %91, aile öyküsü bulunmayan hastalarda %71 oranında başarılı tedavi sağlanmıştır. Yapılan bir çalışmada, her gece ortalama 40 mcg DDAVP kullanan birincil enurezis nokturnası bulunan yetişkinlerin %66'sında tam kuruluk sağlandığı ve hastaların %45'inin uzun süre bu tedaviyi sürdürdükleri belirtilmiştir (19).

Ancak Yaluğ ve arkadaşlarının olgusunda yeterli süre ve maksimum dozda DDAVP kullanılmış olmasına karşın, tam kuruluk sağlanamamış, bu nedenle DDAVP kesilerek hem enürezis, hem de depresif bozukluk tedavisinde etkili olan imipramine geçilmiştir(20).

Bir başka olguda Desmopressin asetat ve İmipramin ile EN kontrol altına alınan ve depresif duygulanımı gerileyen olgunun, belli aralıklarla olan yinelemeleri, bilişsel davranışçı yöntemlerle sağaltılmaya çalışılmaktadır (21). Bizim olgularımızda Desmopressin tedavisinden fayda sağlanmış olup 6 ay süreyle davranışçı tedaviyle takibi sağlanmıştır. Onaltı ve 20 yaşlarındaki hastalarımızda hiç şikayet gözlenmezken 11 yaşında nadiren altını ıslatma durumuyla karşılaşılmıştır.

EN in sık kullanılan bir başka tedavi yöntemi de alarm tedavisidir. Enüretik alarmın çalışma prensibi oldukça basittir. Gece uykuda ıslatma başlar başlamaz alarm devreye girer ve çocuğun veya ebeveynlerin uyanmasını sağlar. Bu sayede hasta alarm devreye girmeden uyanmasını öğrenir. Alarm devreye girdiğinde çocuğun uyandırılıp tuvalete gitmesinin sağlanması ve alarmı tekrar kurup yatması tedavide önemlidir. Bu tedavinin uygulanmasında ailenin ve özellikle çocuğun tam uyumu başarı şansının artırılmasında önemli bir etkidir (22).

Alarm tedavisi etkisini merkezi sinir sistemindeki inhibitör mekanizmaların gelişimine katkı sağlayarak göstermektedir (23). Tedavi başarısı %60-80 arasında bildirilmektedir (24). Alarm tedavisinin enurezis

nokturnanın uzun dönem tedavisinde medikal tedaviden daha etkin olduğu bildirilmiştir (25). Tedaviyi bırakma oranı farmakolojik tedavilerden daha yüksektir. (26). Sunulan olgulara alarm tedavisini önerildi fakat cihazın fiyatının bütçelerine uygun olmaması ve alarm cihazına olan önyargıları sebebiyle alarm tedavisini tercih etmediler.

Sonuç:

EN tedavisinin Üroloji, Pediatri, Pediatrik üroloji, Pediatrik nefroloji, Aile hekimliği gibi hangi bölüm tarafından yapılması gerektiği konusunda bir görüş birliği yoktur. Enurezis nokturnalı hastaların tedavisi birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimleri tarafından çoğunlukla yapılabilmektedir. Bu durumun hastalık olduğunun aile ve kişilere anlatılması, hastalara davranışçı tedavi için zaman ayrılması gerekmektedir. Hastalar davranışçı ve oral medikal tedavi ile bu durumdan kurtulabilmektedirler. Eğer hastada verilen tedavilere cevap vermeyen inatçı EN varsa hasta o zaman ikinci yada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Türkiye Enurezis Klavuzu 2010. www.peduro.org.tr/docs/tek.pdf adresinden 18.09.2012 de erişilmiştir.
2. Moffatt MEK. Enuresis. Outcomes During Childhood. Ambulatory Pediatr 1995;33:406- 12.
3. Dalton R, Boris WN. Enuresis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, 17 th, Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:74-5.
4. Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994;505-19.
5. Himsl KK, Hurwitz RZ. Pediatric Urinary Incontinence. Urologic Clinics of North America 1991; 18(2):283-93.
6. Ulman I. Primer Nokturnal Enüreziste Güncel Yaklaşımlar. 1999, Er-Kim İlaç Konferans Sunumu
7. Wadworth ML. Persistent enuresis in adults. Am J Orthopsychiatry 1944;14:313.
8. Turner RK, Taylor PD. Conditioning treatment of nocturnal enuresis in adults: preliminary findings. Behav Res Ther 1974;12:41-52.
9. Van Son M, van Heesch N, Mulder G, van Londen A. The effectiveness of dry bed training for nocturnal enuresis in adults: a 3,5,6 years follow-up. Behav Res Ther 1995;33:557-9.
10. Bozlu M, Çayan S, Doruk E, Canpolat B. Çocukluk çağı ve adolesan yaş grubunda nokturnal ve diurnal enürezis epidemiyolojisi. Türk Üroloji Dergisi 2002;28:70-5.

- 11.Kalo BB, Bella H. Enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. Acta Paediatrica 1996;85:1217-22.
12. Mungan NA, Seckiner I, Yesilli C, Akduman B, Tekin IO. Nocturnal enuresis and allergy. Scand J Urol Nephrol 2005;39:237-41.
13. Sangün Ö, İncecik F, Çulha G, Karazincir S. Primer enürezis nokturna tedavisinde enterobius vermicularis eradikasyonunun etkinliği, Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi 2006;12:17-9.
14. Öztürk C, Aslan G, Bozlu M, Kılınç G, Kanık A. Enürezis nokturna etiyolojisinin araştırılması ve enterobius vermicularis ile ilişkisinin değerlendirilmesi, Türkiye Parazitoloji Dergisi 2001;25:373-6.
15. Sönmez F, Başak S, Tosun A, Ünüvar T, Yıldız M. Enürezis nokturnal çocuklarda adenoid hipertrofinin rolü. Ege Pediatri Bülteni 2006;13:79-83.
- 16.Kazkayasi M, Başar MM, Başar H. Nokturnal enürezisli çocuklarda üst solunum yolu patolojilerinin etyolojideki rolü. Türkiye Klinikleri K.B.B. Dergisi 2002;2:84-9.
- 17.Gür E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Güzelöz S et al. Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey. Pediatr Int 2004;46:58-63.
- 18.Horasanlı K, Germiyoğlu C, Altuğ U, Peşkirioğlu L. Primer Enürezis Nokturna Tedavisinde Desmopressin ve İmipraminin Karşılaştırılması. Türk Üroloji Dergisi 1992;18:1:5-9.
19. Vandersteen DR, Husmann DA. Treatment of primary nocturnal enuresis persisting into adulthood. J Urol 1999;161:90-2.

- 20.Yaluğ İ, Ünsalan N, Özten E, Öztep S, Tufan AE. Erişkinde ikincil enürezis nokturna:olgu sunumu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:185-90.
- 21.Sünbül E, Cengiz F, Bozkurt S. Erişkinde İkincil Enürezis Nokturna Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. 47.Ulusal Psikiyatri Kongresi.
- 22.Kefi A, Tekgül S. Nokturnal enürezis. Türk Üroloji Dergisi 2006;32: 99-105.
- 23.Kwak KW, Park KH, Baek M. The Efficacy of Enuresis Alarm Treatment in Pharmacotherapy-Resistant Nocturnal Enuresis. Urology 2011;77: 200-4.
24. Mellon MW, McGrath ML. Empirically supported treatments in pediatric psychology: nocturnal enuresis. J Pediatr Psychol 2000;25:193-214.
25. Butler RJ, Gasson SL. Enuresis alarm treatment. Scand J Urol Nephrol 2005;39: 349-57.
26. Dische S, Yule W, Corbett J, Hand D. Childhood nocturnal enuresis: factors associated with outcome of treatment with an enuresis alarm. Dev Med Child Neurol 1983;25:67-80.

İletişim:

Uzm.Dr. Funda Yıldırım Baş
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
Tel: +90.505.5917097
e-mail: dryldrmbas@yahoo.com