

E NÜREZİSLİ ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

GİRİŞ

Enürezis Noktürna (EN), çoğu zaman bedensel ve ruhsal nedenlerin birlikteliği ile ortaya çıkan, tekrarlayıcı bir şekilde, haftada en az 2 kez ve en az 3 ay süreyle istem dışı (nâdiren istemli) idrarını kaçırma olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1998). Ülkemizde yapılan bir çalışmada sıklığı %12.4 olarak bildirilmektedir (Gür ve ark. 2004). Çocuklar gece-gündüz idrar kontrolünü genelde 3-5 yaşlarında kazanmaktadırlar. Enürezisin birincil ve ikincil olmak üzere iki şekli tanımlanmaktadır. Birincil tipte 5 yaşına kadar ve 5 yaşından sonra hiçbir zaman idrar kontrolü gelişmemektedir. İkincil tip ise 1 yıllık kuru dönemin ardından idrar kontrolünün tekrar kaybı olarak tanımlanmaktadır (Öztürk 1997, Öge ve ark. 2001). Enürezisin gece (noktürnal) veya gündüz (diürnal) olmak üzere iki şekli bulunmaktadır. En sık görüldüğü şekil noktürnaldir. İki tip bir arada da bulunabilir (Gülaç ve Köroğlu 1997).

Enürezis pek çok farklı nedenle ortaya çıkabilmektedir. Bu çocukların aileleri ile yapılan çalışmalarda anne-babalarında normâlde görülenden daha sık enürezis öyküsü olduğu bildirilmektedir (Schaumburg ve ark. 2001). Bu konuda yapılan genetik çalışmaların birçoğunda otozomal dominant kalıtım üzerinde durulmaktadır. Özellikle 8,

12. ve 13. kromozomlar, bu konuda en sık üzerinde durulan kromozomlardır (Von Gontart ve Lehmkuhl 1997). Mesâne gerilme kapasitesinin sınırlılığı ve gece arjinin-vazopressin salıverilmesinde gelişimsel gecikme en sık kabûl gören organik nedenler arasında yer almaktadır (Thiedke 2003). Enürezisin ortaya çıkışında, gelişimsel gecikmenin genetik nedenli olduğu düşünülmektedir (Al-Ghamdy ve ark. 2000).

M. Kayhan Bahalı*, Ayşegül Yolga Tahiroğlu**, Esra Güzel*, Ayşe Avcı***

ÖZET

Amaç: Enürezis Noktürna (EN) tanısı alan olguların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozuklukları ve tedavi yaklaşımlarının sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Haziran-Aralık 2003 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve EN tanısı alan 60 olguya âit bilgilere yer verilmiştir.

Bulgular: Olguların en sık başvuru yaşı (%35) 7-10 yaşları arasındaydı. %60'ı erkek, %40'ı kız hastalardan oluşuyordu. Olguların %75'inde EN'ye eşlik eden başka bir psikiyatrik rahatsızlık vardı; en sık eşlik eden durum Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'ydu. Tedavi olarak %2.4 olguda ilaç (desmopressin) kullanılırken, ve 58 (%97.6) olguda davranışçı terapi kullanıldığı belirlendi.

Tartışma: EN tedavi edilmediği takdirde başka sosyal ve psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Tedavi sırasında eşlik eden bozuklukların dikkatle araştırılması önerilmektedir.

Sonuç: Tedavide en sık kullanılan ve etkili bulunan yöntem davranışçı yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: enürezis noktürna, EN, davranışçı tedavi

SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND TREATMENT APPROACH IN CHILDREN WITH ENURESIS

ABSTRACT

Purpose: We aimed to investigate the socio-demographic characteristics, concomitant disorders and the results of treatment approach in cases with diagnosis of Enuresis Nocturna (EN).

Method: Data of 60 patients, who admitted to our policlinic and had EN diagnosis between June and December of 2003, were screened.

Findings: The most frequent age of cases on admission was between 7 and 10 years old (35%). 60% were boys and 40% were girls. There was another accompanying psychiatric disorder in 75% of EN cases; the most common concomitant one was Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). It was determined that behavioral treatment had been used in 58 (97.6%) of cases while drug (desmopressine) treatment had been used in 2.4% of cases.

Discussion and Conclusion: EN may lead to other social and psychological problems, if it is not treated. It has been suggested that concomitant disorders should be carefully investigated during the treatment. The most commonly used and effective treatment modality is the behavioral approach.

Keywords: enuresis nocturna, EN, behavioral treatment

* Arş. Grv. Dr., ** Uzm. Dr., *** Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüreğir/ADANA
Tel: +90 322 338 60 60 / 3246 / e-mail: ayolga@mynet.com

Çevresel nedenler arasında yetersiz tuvalet eğitimi ve düşük sosyokültürel düzey yer almaktadır (Gumus ve ark. 1999, Gür ve ark. 2004). Bâzen ruhsal travmalar, özellikle ikincil enürezisin ortaya çıkışında rol oynamaktadır (Von Gontard 2004). İdrarını kaçırmanın, dinamik açıdan regresyon, saldırgan duygular, pasif-agresyon ve anksiyetenin dışa vuruş şekli olabileceği düşünülmektedir (Öztürk 1997, Eidlitz-Markus 2000, Von Gontard ve Lehmkuhl 1997).

Enüretik çocuklarda sıklıkla derin uyku ve zor uyandırılma öyküsü bulunmakla birlikte, uyku yapısı normâldir ve idrar kaçırma dönemleri ürodinamik değişiklikler olmaksızın her uyku evresinde meydana gelebilmektedir (Von Gontard ve Lehmkuhl 1997). Bununla birlikte, enüretik çocuklarda gecenin ilk 2-3 saatinde uyanabilme oldukça zordur ve ıslatma sıklıkla bu dönemde görülmektedir (Wolfish 2000).

Enürezis utanç, düş kırıklığı, anksiyete ve kendilik saygısında düşmeye neden olabilmektedir. Tüm bunların yaratacağı psikososyal sorunlar düşünüldüğünde tedavisi önem kazanmaktadır. (Potter ve ark. 1999). Tedavi, ilaç ve ilaç dışı uygulamaları içermektedir. Tuvalet eğitiminin de tedavi plânına dâhil edilmesi önerilmektedir (Thiedke 2003). İlaç dışındaki tedaviler arasında en sık kullanılan yöntem, davranışçı terapidir. Davranışçı yöntemler arasında kuru geceler için yıldız kartları verme gibi ödül sistemleri, gece uyandırma, alârm cihazı, mesâne egzersizleri ve sıvı kısıtlaması yer almaktadır (Glazener ve Evans 2002, Kristensen ve Jensen 2003). Alârm tedavisi ile yüksek tedavi ve düşük tekrarlanma oranları bildirilmektedir (Thiedke 2003). Butter ve Robinson (2002) alârm cihazı kullanan olgularda %80 oranında gece kuru kalma olduğunu bildirmişlerdir.

Desmopressin ve imipramin EN tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır ancak her ikisiyle de bıraktıktan sonra yüksek tekrar başlama oranları bildirilmektedir (Thiedke 2003, Gibb ve ark. 2004). Antidiüretik hormon analogu olan desmopressin idrar üretimini azaltarak etki göstermektedir (Neveus ve ark. 2002). Aile öyküsü olan olgularda desmopressin tedavisine direncin daha sık olduğu bildirilmektedir (Schaumburg ve ark. 2001). Desmopressin ile nâdiren hiponatremi ve konvülsiyon gibi yan etkiler görülmektedir (Schwab ve ark. 1996). Desmopressin ve davranışçı terapinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, davranışçı terapi daha etkili bulunmakla birlikte desmopressinin tedaviye yardımcı olabileceği, ancak yüksek tekrar-

lama oranları nedeni ile tek başına kullanılmaması önerilmektedir (Kahan ve ark. 1998).

Bu çalışmada enürezis tanısı alan olguların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozuklukları, uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları ile ilgili bilgilere yer verilmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Haziran 2003-Aralık 2003 tarihleri arasında ilk kez başvuran ve EN tanısı alan 60 olgu dâhil edildi. Olgular geçmişe dönük dosya taraması yapılarak belirlendi. Olgularla ilgili sosyodemografik bilgileri, enürezisin tipi, uygulanan tedaviler gibi alanlarda bilgiler toplandı. İstatistiksel analiz SPSS 10.00 bilgisayar programı yardımı ile yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan olguların 43'ü (%71.7) âilenin isteği ve başvurusuyla, 10'u (%16.7) diğer bölümlerden konsültasyon yoluyla ve diğer hastalar da başka birimlerin yönlendirmesi ile polikliniğimize başvurmuşlardı. Olguların 18'i (%30) 5-7 yaşları arasındayken, 21'i (%35) 7-10 yaş arası, 21'i (%35) 10 yaşın üzerindeydi. Cinsiyete göre dağılım araştırıldığında; 36 (%60) olgu erkek ve 24 (%40) olgu kız idi. Olguların 13'ü (%21.7) okul öncesi eğitim, 35'i (%58.3) ilkökul düzeyi ve 12'si (%20) ortaokul ve lise düzeyinde eğitim almaktaydı. 7 annede (%11.7) ve 3 babada (%5) ruhsal hastalık öyküsü vardı. Olguların 18'inin (%30) geniş âilesinde herhangi bir ruhsal hastalık vardı. 13 olgunun (%21.7) anne ve babasının arasında akrabalık vardı. 30 olgunun (%50) ayrı odası yoktu. 9 olgunun (%15) kendine âit bir yatağı yoktu ve başka bir âile bireyiyle birlikte uyuyordu. Doğum sonrası ilk durumla ilgili bilgilere bakıldığında 15 olgunun (%25) doğumdan sonra ağlamama ve morarmasının olduğu belirlendi. 24 olgu (%40) anne veya babası tarafından fiziksel şiddete mâruz bırakılıyordu.

Olguların laboratuvar incelemeleri araştırıldığında; 1 olgunun lumbosakral grafisinde spina bifida belirlendi. 6 (%10) olgunun TİT incelemesinde enfeksiyon yönünde bulgular saptandı. 4 (%6.4) olgunun idrar kültüründe bakterisi üremesi saptandı. Tüm olguların kan glukoz değerleri normâl sınırlar içerisindeydi.

Komorbid bozukluklar ve sıklıkları araştırıldı: 45 (%75) olguda eşlik eden başka bir psikiyatrik rahatsızlık daha vardı. En sık komorbid bozukluk Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'ydü

(n:22, %36.7). Uygulanan tedavi yaklaşımları incelendiğinde sâdece 2 (%2.4) olguda ilâç (desmopressin) ve 58 (%97.6) olguda davranışçı terapi uygulandığı belirlendi. Tüm dosyalar değerlendirildiğinde olguların %71.7'sinin (n:43) takip ve tedavisini devam ettirdiği ve düzelme gösterdiği, %28.3'ünün (n:17) tedaviyi bıraktığı belirlendi.

TARTIŞMA

Enürezis çocukluk çağında oldukça sık görülür, tedavi edilmediği takdirde başka psikososyal sorunlara neden olabilen bir durumdur (Potter ve ark. 1999). Bu çalışmada olguların çoğu erkekler tarafından oluşturuluyordu (%60). Enürezisin erkek çocuklarda daha yaygın olduğu bilinmektedir (Kaplan ve Sadock 2004). Olguların büyük çoğunluğu âilenin isteği ile çocuk psikiyatri polikliniğine başvururken, daha az bir kısmının diğer bölümler aracılığıyla gönderildiği belirlendi. 7 annede (%11.7) ve 3 babada (%5) ruhsal hastalık öyküsü vardı. Olguların 18'inin (%30) geniş âilesinde herhangi bir ruhsal hastalık vardı. Enürezisli olguların ailelerinde enürezis ve diğer ruhsal bozuklukların daha sık olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Ornitz ve ark. 2000, Schaumburg ve ark. 2001).

Enürezisin düşük sosyokültürel grupta daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Gumus ve ark. 1999, Van Hoecke 2003). Bizim çalışmamızda bu konu ile ilgili özgün bir araştırma yapılmamakla birlikte, olguların %50'sinin ayrı odasının olmadığı, anne babası ile aynı odada uyuduğu belirlenmiştir. Bu bilginin çalışmaya alınan olguların sosyokültürel düzeyleri ile ilgili bir fikir verebileceği düşünülmüştür. Bu olguların pek çoğunda ıslatma sorunundan dolayı, gece uyandırma veya ıslattığında farkına varma gibi gerekçelerle odaların ayrılmasının ertelendiği düşünülebilir. Ancak, bu tutumun ıslatmanın uzamasına neden olacağı unutulmamalı ve tedavi plânlanırken uyku ile ilgili düzenlemelerin yapılması göz önünde bulundurulmalıdır.

İdrar kaçırma, özellikle sâdece gece kaçırma ile sınırlıysa, genellikle yapılan tüm organik incelemeler normâl sınırlar içerisindedir. Ancak küçük bir hasta gurubunda da olsa altta yatan başka bir neden olabilir (örn. enfeksiyon vb.). Bu nedenle idrar kaçırma yakınması ile başvuran tüm olgularda bazı organik incelemelerin yapılması önerilmektedir (Fritz ve ark. 2004, Neyzi ve Ertuğrul 1993). Bizim çalışmamızda 6 (%10) olgunun TİT incelemesinde enfeksiyon yönünde bul-

gular ve 4 (%6.4) olgunun idrar kültüründe bakteri üremesi saptanmıştır. Bu bulgular önemli olduğu düşünülmüştür çünkü altta yatan enfeksiyonun belirlenmesi, tanı ve tedavi ile ilgili değişikliklere neden olabilmektedir.

Enürezis tedavisinde en sık yaklaşım bilişsel davranışçı tedavidir (Pennesi ve ark. 2004, Thiedke 2003). Desmopressin enürezis tedavisinde en sık kullanılan ve etkinliği gösterilmiş olan ilâçtır (Eggert ve ark. 2004). İlâç uygulaması genellikle davranışçı tedaviye ek ve tam cevap alınamayan olgularda önerilmektedir (Al-Harbi ve ark. 2004, Glazener ve Evans 2004, Rogers 2003). Bu bilgiyle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da olguların %97.6'sında davranışçı tedavi uygulanmıştır. Bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda en sık kullanılan davranışçı yöntemler arasında takvim yöntemi, gece uyandırma, sıvı kısıtlaması, idrar tutma egzersizleri ve alârm yöntemi yer almaktadır (Fritz ve ark. 2004, Glazener ve Evans 2004, Hvistendahl ve ark. 2004, Kristensen, Jensen 2003). Atmış olgunun sâdece 2'sinin tedavisinde ilâç (desmopressin) uygulandığı belirlenmiştir. Bu oran yazında belirtilen ilâç kullanılma oranlarından düşüktür. Ancak, bizim çalışmamız sâdece ilk başvurudan itibaren 6 aylık bir süreyi içermektedir. Takip süresinin kısa olması nedeniyle ilâç kullanma oranları düşük olduğu düşünülmüştür. Daha uzun takibin sonunda, davranışçı yöntemlere cevap vermeyen olgularda ilâç kullanma oranlarının daha yüksek olacağı beklenmektedir.

SONUÇ

Enürezis nâdiren tek başına görülmektedir ve sıklıkla başka bir psikiyatrik bozukluk tabloya eşlik etmektedir. Bizim çalışmamızda da bu bilgiyle uyumlu olarak olguların %75'inde başka bir psikiyatrik bozukluğun daha olduğu belirlenmiştir. En sık eşlik eden bozukluğun %36.7 olguda belirlenen DEHB olduğu görülmüştür. Enürezisli çocuklarda DEHB'nin oldukça sık oranlarda görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Baeyens ve ark. 2004, Biederman ve ark. 1995, Robson ve ark. 1999). Bu birlikteliğin ortak bir genetik temele dayandığı düşünülmektedir (Bailey ve ark. 1999). Enürezis yakınması ile başvuran olgularda DEHB'nin araştırılması gerekli gibi görünmektedir.

Bu konuda yapılacak takip çalışmalarının tedavi yaklaşımlarının sonuçları ile ilgili daha ayrıntılı bilgi vereceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Al-Harbi SM, Needlman RD, Khan AS, Patni T (2004) In-

- tensive behavioral therapy for primary enuresis. *Saudi Med J*; 25: 934-940.
- Al-Ghamdy YS, Qureshi NA, Abdelgadir MH (2000) Childhood enuresis. *Epidemiology, pathophysiology and management. Saudi Med J*; 21: 138-144.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Kitab. Köroğlu E, çeviren. 1. baskı, Ankara: Medikomed Basım Yayın San ve Tic Ltd Şti.
- Baeyens D, Roeyers H, Hoebeke P, Verte S, Van Hoecke E, Walle JV (2004) Attention deficit/hyperactivity disorder in children with nocturnal enuresis. *J Urol*; 171: 2576-2579.
- Bailey JN, Ornitz EM, Gehricke JG, Gabikian P, Russell AT, Smalley SL (1999) Transmission of primary nocturnal enuresis and attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*; 88: 1364-1368.
- Biederman J, Santangelo SL, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Reed ED, Kraus I, Jellinek M, Perrin J (1995) Clinical correlates of enuresis in ADHD and non-ADHD children. *J Child Psychol Psychiatry*; 36: 865-877.
- Butter RJ, Robinson JC (2002) Alarm treatment for childhood nocturnal enuresis: an investigation of within treatment variables. *Scand J Urol Nephrol*; 36: 268-272.
- Eggert P, Fritz A, Stecker B, Muller D (2004) Desmopressin has an influence on the arousability of children with primary nocturnal enuresis. *J Urol*; 171: 2586-1288.
- Eidlitz-Markus T, Shuper A, Amir J (2000) Secondary enuresis: post-traumatic stress disorder in children after car accidents. *Isr Med Assoc J*; 2: 135-137.
- Fritz G, Rockney R; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Work Group on Quality Issues (2004) Summary of the practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 43.
- Glazener CM, Evans JH (2004) Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*; 2: 3637.
- Gibb S, Nolan T, South M, Noad L, Bates G, Vidmar S (2004) Evidence against a synergistic effect of desmopressin with conditioning in the treatment of nocturnal enuresis. *J Pediatr*; 144: 351-357.
- Gumus B, Vurgun N, Lekili M, İscan A, Müezzinođlu T, Büyüksu C (1999) Prevalance of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 years in Turkey. *Acta Paediatr*; 88: 1369-1372.
- Gür E, Turhan P, Can G, Akkuş S, Sever L, Güzelöz S, çiçili S, Arvas A (2004) Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey. *Pediatr Int*; 46: 58-63.
- Hvistendahl GM, Kamperis K, Rawashdeh YF, Rittig S, Djurhuus JC (2004) The effect of alarm treatment on the functional bladder capacity in children with monosymptomatic nocturnal enuresis. *J Urol*; 171: 2611-2614.
- Kahan E, Morel D, Amir J, Zelcer C (1998) A controlled trial of desmopressin and behavioral therapy for nocturnal enuresis. *Medicine (Baltimore)*; 77: 384-388.
- Kaplan HI, Sadock BJ (2004) *Klinik Psikiyatri*. Abay E (çeviren). 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 541-544.
- Kristensen G, Jensen IN (2003) Meta-analyses of results of alarm treatment for nocturnal enuresis reporting practice, criteria and frequency of bedwetting. *Scand J Urol Nephrol*; 37: 232-238.
- Neveus T, Bader G, Sillen U (2002) Enuresis, sleep and desmopressin treatment. *Acta Paediatr*; 91: 1121-1125.
- Ornitz EM, Russell AT, Gabikian P, Gehricke JG, Guthrie D (2000) Prepulse inhibition of startle, intelligence and familial primary nocturnal enuresis. *Acta Paediatr*; 89: 475-481.
- Öge O, Kocak I, Gemalmaz H (2001) Enuresis: point prevalence and associated factors among Turkish children. *Turk J Pediatr*; 43: 38-43.
- Pennesi M, Pitter M, Bordugo A, Minisini S, Peratoner L (2004) Behavioral therapy for primary nocturnal enuresis. *J Urol*; 171: 408-410.
- Potter DC, Wogoman HA, Nietch P (1999) Understanding nocturnal enuresis and its treatments. *J Pract Nurs*; 49: 16-21.
- Rogers J (2003) An overview of the management of nocturnal enuresis in children. *Br J Nurs*; 12: 898-903.
- Robson WL, Jackson HP, Blackhurst D, Leung AK (1999) Enuresis in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *South Med J*; 90: 503-505.
- Schaumburg HL, Rittig S, Djurhuus JC (2001) No relationship between family history of enuresis respons to desmopressin. *J Urol*; 166: 2427-2431.
- Schwab M, Wenzel D, Ruder H (1996) Hyponatremia and cerebral convulsion due to short term DDAVP therapy for control of enuresis nocturna. *Eur J Paediatr*; 155: 46-48.
- Thiedke CC (2003) Nocturnal enuresis. *Am Fam Physician*; 67: 1499-1506.
- Van Hoecke E, Baeyens D, Vande Walle J, Hoebeke P, Roeyers H (2003) Socioeconomic status as a common factor underlying the association between enuresis and psychopathology. *J Dev Behav Pediatr*; 24: 109-114.
- Von Gontart A, Lehmkuhl G (1997) Enuresis nocturna-uestadies of genetic, pathophysiologic and psychiatric correlations. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatri*; 46: 709-726.
- Von Gontard A (2004) Psychological and psychiatric aspects of nocturnal enuresis and functional urinary incontinence. *Urologe A*; 43: 787-794.
- Wolfish NM (2000) Sleep/arousal and enuresis subtypes. *Can Fam Physician*; 46: 1109-1115.