

Enürezis Nokturna: Yalnızca Bir Tuvalet Eğitimi Sorunu mu? Enuresis: Only a Training Problem?



Dr. Şahin Bodur*, Dr. A. Şebnem Soysal**

Özet

Enürezis, istemsiz ya da istemli olarak idrarın giysilere ya da yatağa yineleyici bir biçimde bırakılmasıdır. Tanının konması için çocuğun gelişimsel ya da takvim yaşının en az beş olması gerekir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 4. baskısına (DSM-IV) göre tanı ölçütlerini karşılamak için, davranış en az üç aydır, haftada iki kez olmalı, ya da tanı ölçütlerini karşılamak için işlevsel bozulma görülmelidir. Enürezis tanısı ancak davranış tıbbi bir nedene bağlı değilse konabilir. DSM-IV bozukluğu yalnızca nokturnal, yalnızca diurnal, nokturnal ve diurnal olmak üzere üç tipe ayırır. Enürezis için tek bir patognomonik laboratuvar bulgusu yoktur. Ancak, klinisyenler, çocuğu enürezise yatkın kılan üriner sistem enfeksiyonları gibi organik etmenleri dışlamalıdır. Belirgin enürezisi olan çocukların %3'ünde yapısal tkayıcı anormallikler olabilir.

Anahtar Sözcükler: Enuresis, tedavi yöntemleri

Yaşamın ikinci yılının başında çocuk, daha değişik bir bireyselleşme sürecinin içerisinde girer. Artık ayakta durabilir ve çevrede dolaşabilir. Yemek yemek gibi bazı işleri tek başına yapabilir. Su kovanı döker, evdeki eşyaları kırar ve genellikle yapılmaması gereken işleri yaparak dikkatleri kendi üzerine çekmeye çalışır. Bu yaşlarda çocuğun temel ilişkisi yine tek bir kişiyle, yani birincil bakıcısıyla. Birincil bakıcı çoğunlukla annedir. Annesi nereye giderse çocuk da onu izler. Toplumun ondan ne gibi davranışlar beklediğini, annesi artık ona öğretmeye, sosyal kuralları aşlamaya başlar. Çocuk, sehpanın üzerindeki eşyalara uzandığında, annesinin çantasını karıştırdığında, mutfak eşyalarını almaya kalkıştığında "hayır" kısıtlaması ile karşılaşır. Bu yanıt, ilişkilerinde çok derin bir değişikliğe yol açar. Anne ile çocuk arasındaki değişen ilişkinin özü bu dönemi biçimlendiren tuvalet eğitimi ile yakından ilintilidir. Çocuğun artık bir oturağı vardır ve tuvaletini tutmaya ya da bırakmaya karar verebilir. Gelişimin bu noktasında çocuk artık insiyatif sahibidir; kendisini yönetebilir.

Bu dönemde çocuğun temel görevi, kendisinden daha güçlü olan bir kişi ile nasıl ilişkide bulunacağını öğrenmesidir. Bu durum yeni deneyimler, doyumlar ve kaygılar getirir.

Abstract

Enuresis is the repeated voiding of urine into a child's clothes or bed; the voiding may be involuntary or intentional. For the diagnosis, a child must exhibit a developmental or chronological age of at least five years. According to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), the behaviour must occur twice weekly for a period of at least 3 months or must cause distress and impairment in functioning to meet the diagnostic criteria. Enuresis is diagnosed only if the behaviour is not due to a medical condition. DSM-IV breaks down the disorder into three types: nocturnal only, diurnal only, and nocturnal and diurnal. No single laboratory finding is pathognomonic of enuresis; but clinicians must rule out organic factors, such as the presence of urinary tract infections, that may predispose a child to enuresis; structural obstructive abnormalities may be present in up to 3 percent of children with apparent enuresis.

Key Words: Enuresis, treatment methods

Kaygı çocuğun çekingenliğinden ve başkaları tarafından beğenilmeyeceği düşüncesinden kaynaklanır. Yeni yürümeye başlayan bir çocuk, isteğini annesini iletince, annesi karşı çıkar. Örneğin, kavanozla oynamak istiyorsa oynayamaz. Kibrit, makas ve bıçak ona tümüyle yasaklanmıştır. Pantolonunu ıslatınca annesinin bezginliği ile karşılaşır. Ama anne ile istemleri uyusunca annesi tarafından övülmektedir. Çocuk başarısından kıvanç duyar. Peki ya başaramazsa ne olur?

MÖ 1550 yılından beri sözü edilen enürezis, Yunanca "enourein: idrar yapmak" sözcüğünden türetilmiştir (1). Sözcüğün kökeninde patolojik bir anlam yoktur; ancak, tıbbi jargonda idrar kaçırmayı tanımlamak için kullanılmaya başlamıştır. Antik çağlardan beri insanoğlu için bir sorun olan enürezis, çocuklarda en az beş yaşından sonra istemsiz, yineleyici, gündüz ve/ya da gece idrar kaçırmaya olarak tanımlanmaktadır. Enürezis eski çağlardan beri bilinen bir sorundur. İlk çağlarda sadistik yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılan hastalık, günümüzde çocuk psikiyatrisi, pediatri ve üroloji kliniklerinin önemli konularından birisidir (1,2). Enürezis,

*Arş. Gör.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi AD., Ankara

**Uzm. Psik.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. AD., Ankara

ülkemizdeki çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuru nedeni olarak ilk beş hastalık içerisinde yer almaktadır (3-8). MÖ 1550'de Ebbars Papürüsünde (1). tanımlanan hastalığın tedavisinde 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Özellikle polisomnografik kayıtlar, davranışçı ve psikoanalitik yaklaşımlar çerçevesinde geliştirilmiş görüşme teknikleri, 1960'tan sonra imipraminin tedavisinde kullanılmaya başlaması önemli gelişmelerdir (8-10).

Enürezis tanısını koyabilmek için, tanımlanan durumun en az ardışık üç ay, haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkla olması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı yaratması, hem toplum içinde, hem de diğer işlevsellik alanlarında bozulmalara yol açması öngörülmektedir. Durumun diyabet, konvülsiyon gibi tıbbi bir duruma ya da diüretik gibi bir ilaç ya da başka bir maddenin kullanımına bağlı olmadan ortaya çıkması gerekmektedir (11). Son yıllarda bu gelişen görüşlerin doğrultusunda sağaltım yöntemleri yeniden gözden geçirilmektedir. Enüretik bir çocukta başarılı sağaltım sürecinden sonra davranış, duygulanım ve sosyal uyum açısından olumlu gelişmeler olduğu gözlenmektedir (10).

Enürezis sorunun başlangıç biçimi ve seyrine göre sınıflandırılabilir. Bebeklikten beri süren ve uzun süreli kuru kalma dönemlerinin olmadığı klinik tip "primer enürezis", en az bir yıllık idrar kontrolü sağlandıktan sonra idrar kaçırmaya başladığı klinik tip ise "sekonder enürezis" olarak ele alınmaktadır (11-13). Bunun dışında, yalnızca gece (nokturnal), yalnızca gündüz (diurnal) ya da gündüz ve gece (kontinuum) olmak üzere de sınıflandırma yapılmaktadır (11,13).

Enürezis tüm toplumlarda yaygın olarak görülen bir sağlık sorunudur. Psikososyal açıdan uygunsuz koşullara yoğun bir biçimde maruz kalan çocuklarda daha sık görülmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey, eğitim koşullarının yetersizliği, ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük olması, kurum bakımında olma gibi durumlar enürezis riskini artırmaktadır. Araştırmalar enüretik çocukların 5-7 yaş arasında olduğunu; görülme sıklığının yaşla beraber azaldığını göstermektedir. Değişik yayınlarda beş yaşındaki çocukların %10-20'sinde enürezis olduğunu, 15 yaşında bu oranın %1-2'ye düştüğünü gösteren

çalışmalar bulunmaktadır (12,13). DSM-IV' e uygun olarak yapılan sınıflandırmaya göre ise beş yaşındaki erkeklerin %7'sinde, kızların %3'ünde enürezis görülmektedir. Hastalığın yedi yaşındaki sıklığı %9.8 olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre bakıldığında ise erkeklerde sekonder, kızlarda ise diurnal tip enürezis daha fazla görülmektedir (10).

Hastalığın etiyojisi üzerinde yapılan çalışmalar ailesel bir yatkınlık olduğu görüşünde birleşmektedir. Enüretik çocukların %75'inin birinci dereceden akrabalarında halen ya da geçmişte enürezis olduğu bildirilmiştir. Fizyolojik nedenlerden mesane ve idrar yollarının anatomik bozukluğu üzerinde durulmaktadır. Mesane enfeksiyonları ile enürezis arasında belirgin bir ilişki vardır. İşlevsel enürezis tanısı konmadan önce, ürogenital enfeksiyonların dışlanması gerekmektedir. Enürezis konusunda psikodinamik açıklamalar da yapılmıştır. Kardeş doğumuna bağlı olarak ortaya çıkan regresif tepkiler, ölüm, ayrılık ya da aile içinde yoğun iletişim güçlükleri, kaygı ile baş etmede uygun savunma mekanizmalarını kullanamama gibi durumlarda çocuk yaşadığı kaygıyı enürezis ile ortaya koyabilir. Ailenin çocuk yetiştirme biçimi aşırı koruyucu ya da aşırı izin verici ise, bu tutumlar da enürezis üzerinde etkili olabilir.

Tedavi Yöntemleri

Enürezisin tedavisinde davranışçı tedavi, alarm sistemi ve ilaç tedavisi sıklıkla kullanılmaktadır. Aşağıda bu tedavi yöntemleri ayrıntılı olarak anlatılmıştır (14-17).

Alarm Sistemleri

Birçok deneme, alarm sistemlerinin enüretiklerde işe yaradığını göstermiştir. Yakın zamanda seçkisiz olarak seçilen 135 okul çağındaki çocukla yapılan bir çalışmada, iki haftalık tedavi sonunda desmopresin tedavisi altındaki çocuklarda %80, alarm tedavisi altındaki çocuklarda ise %50 kuru gecelere ulaşılmıştır. Tedavi üç ay sürmüş ve hastalar tedaviden çekildikten üç ay sonra değerlendirilmişlerdir; alarm tedavisinde olanlar %94 gece kuruluğu oranına erişirken, desmopresin tedavisindekilerde oran %78 olmuştur. Desmopresin kısa sürede daha iyi sonuç verirken, enürezis alarmı uzun sürede daha etkilidir. Ancak alarm aleti birçok ülkede bulunmamakta ya da ulusal sağlık hizmetleri tarafından karşılanmamaktadır. Bu nedenle, kabul görme miktarı yüksek değildir

Alarmin etkisini artırıcı bazı değişkenler de bulunmaktadır. Bunlar:

- Başarı beklentisi
- Kaçınmanın koşullanması: bu durumda çocuk alarmin hoş olmayan sesinden kaçınmak için spontane bir biçimde uyanmakta ve pelvik kasları kasmaktadır
 - Fonksiyonel idrar kesesi kapasitesinin artırılması
 - Alarla uyanmanın yarattığı strese tepki olarak AVP üretiminin artışı. Bu durum alarm sistemi ile kuru olan çocukların %80'inin neden gece boyu uyuyabildiğini açıklamaktadır.
 - İşmeden sonra uyanmanın koşulsuz uyanan olduğu ve işemeyi durduran pelvik kaslarının kasılmasının koşulsuz tepki olduğu bir koşullu tepki durumunun oluşması. Tekrarlı tetikleme ile alarm, uyku sırasında kasılmaların olduğunda işemenin ketlendiği bir koşullu tepki yaratmaktadır. Gece sırasında pelvik kasların kontrol edilmesini öğrenmenin, çocuğun gece boyunca uyumasını sağladığı öne sürülmektedir

Alarm tedavisinin ne kadar etkili olduğuna ilişkin, seçilmemiş noktürnal enürezisi olan çocuklarla yapılan çalışmalar % 65-75 başarı oranlarına işaret etmektedir. İki alarm tipi (yatak ya da vücut) arasındaki başarı oranında farkın az olduğu görülmektedir. Bu durum, çocuğun seçiminin dikkate alınmasını gerektirir.

İlaç Tedavisi

İmipramin

İmipraminin enürezis üzerinde nasıl etkili olduğu bilinmemektedir. Büyük olasılıkla birçok düzeyde etkili olmaktadır. İlaç uyku üzerinde uyandırıcı etki yapıyor olabilir. Aynı zamanda antikolinerjik etkisi ile kısmi dolu böbrekteki olgun olmayan kasılmaları azaltabilir

Trisiklik ajanların monosemptomatik noktürnal enürezis üzerinde olumlu etkisi olabilir. Ancak, kullanımı büyük çocuk ve ergenlerle, kısa süreli ve seçilen koşullar için sınırlandırılmalıdır.

İmipraminin günlük dozu 1 ve 2.5 mg/kg vücut ağırlığı ya da 25-75 mg arasında yaşa ve vücut ağırlığına bağlı olarak değişir. Bazı hastalar tepki vermezken, diğerleri tolerans geliştirebilir. Buna ek olarak, ilacın bırakılmasının ardından %40-60 geri dönüş oranı vardır.

Bu ilacın yan etkileri rahatsızlık, uyku bozuklukları, dikkat bozuklukları, baş ağrısı, kabızlık, kilo kaybı, akrosiyanosis vs.dir. Bunlara ek olarak, ani ölüm, koma, kalp ya da karaciğer yetmezliği gibi yaşamı tehdit edici olaylar da rapor edilmiştir. Yakın zamanlarda, bu derece tehlikeli bir ilacın enürezis gibi tehlikesiz bir hastalık için önerilmemesi gerektiği sonucuna varılmıştır

Desmopresin

Desmopresin güvenli olmasından dolayı imipraminin yerini almıştır. Desmopresin noktürnal üre miktarını azaltmaktadır. Ayrıca hastanın uyanma becerisini ilerletip, böbrek dengesizliğini azaltabilir. 3 aylık bir dönem için 10-40 mg arasındaki dozda verilmektedir. Hastaların %50-80'inde etkilidir ve baş ağrısı, hafif mide krampları, mide bulantısı, burun tıkanıklığı, kilo alımı gibi hafif yan etkileri bulunmaktadır. Ailesinde noktürnal enürezis geçmişi olan ve noktürnal üre çıktısı fazla olan çocuklarda desmopresin yararlı olmaktadır. Nørgaard ve arkadaşları, aile geçmişinde enürezis olan enüretik hastaların %91'ine karşılık, ailesinde böyle bir geçmişi olmayan hastaların %71'inin desmopresine iyi yanıt verdiklerini ortaya koymuştur.

Desmopresin kısa sürede alarm sistemlerinden daha iyi sonuç vermekte fakat alarm sistemleri uzun sürede daha verimli olmaktadır.

MNE okul yaşındaki çocuklarda oldukça yaygındır ve bir hastalık olarak görülmemelidir. Enürezise tıbbi yaklaşım birçok veriden yoksundur: patofizyolojisi bilinmemektedir, öğretim öğretmene ve ülkeye bağlıdır ve yönetimi kültürel ve finansal becerilere dayalıdır. Son olarak, araştırma yapmak zordur, çünkü (i) bir deneysel hayvan modeli yoktur (ii) insanlarla yapılan araştırmalar sınırlıdır çünkü MNE yalnızca sağlıklı çocukları etkilemekte, bu da gelişkili etik konuları gündeme getirmektedir

Sonucun Tedavi Öncesi Yordayıcıları

Noktürnal enürezis ile ilişkili olabilecek birçok demografik, çevresel ve psikososyal değişkenler araştırılmıştır. Zamanla tedavi yöntemlerinin daha sonraki başarı ya da başarısızlığını yordayan değişkenler ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunların, var olan tedavi yöntemlerinin arasında daha iyi seçim yapmayı sağlayan araçlar olarak başarı olasılığını artırdığı öne sürülmüştür

İdrar kesesi eğitimi ya da antikolinergik tedaviye ilişki tedavi öncesi yordayıcıların varlığına ilişkin bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Desmopresin için tedavi öncesi yordayıcılar şunlardır:

- Çocuğun büyük olması
- Gecede/haftada ıslak gece sayısının az olması
- Fonksiyonel idrar kesesi kapasitesinin normal olması
- İkincil enürezise karşın birincil enürezisin olması
- Enüretik olayların uykunun ilk iki saati içinde görülmesi
- Aile geçmişinde noktural enürezis olması
- Gece üre miktarının artması
- Gün içinde artan üre üretiminin olması
- Sık sık gündüz altına kaçırma
- Doğum ağırlığının fazla olması

Enürezis alarmı için tedavi öncesi yordayıcılar şunlardır

Tedaviyi bırakma ya da erken geri çekilme:

- Ebeveynin toleransının az olması ya da öfkeli olması

- Çocuğun benlik saygısının düşük olması
- Çocuğun davranış sorunlarının olması
- Ailenin geçmişinde yatak ıslatma olması
- Ebeveyn işbirliğinin olmaması

Başarısızlık nedenleri:

- Tedavi öncesi ıslatmanın şiddeti
- Bir gecede birden çok ıslatmanın olması
- İkincil enürezisi olan çocuklar (başarı daha düşük)
- Çocuğun davranışsal ya da psikiyatrik sorunlarının varlığının algılanması
- Soruna ilişkin motivasyon ve endişenin az olması
- Gündüz altını ıslatmanın varlığı
- Gelişimsel gecikme
- Yetersiz yaşam koşulları
- Aile zorlukları, uyumsuzluk ve stres
- Ebeveynlerin çocuğun yatağı ıslatmasına cezalandırıcı tepkiler vermesi
- Daha önceden enürezis alarmı ile başarı elde etmemiş olma
- Eğer çocuk uykunun ilk saatlerinde altını ıslatıyor ise, çocuğun uyandırılmasının zor olması.

İletişim: Dr. A. Şebnem Soysal

E-posta: assoysal@gazi.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Mikkelsen EJ. Elimination disorders. Kaplan HI, Saddock BJ (eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins Company; 1995.p. 2333-2344.
- 2- Mikkelsen EJ. Modern approaches to enuresis and encopresis. Lewis M. (ed.). Child and Adolescent psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins Company. 1996.s. 583-591.
- 3- Avcı A. AÜTF çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara, 1992.
- 4- Erol N, Yalın A, Öztürk M. Behavioural problems of normal children: A normative study. Ankara Tıp Bülteni 1988; 10:1-12.
- 5- Erol N. Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. Ankara Tıp Bülteni 1988; 10-13.
- 6- Kürşat N. Çocuk psikiyatrisinde belirti dağılımı ve toplumsal özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara, 1979.
- 7- Sonuvar B, Yörükoğlu A, Öktem F. Hacettepe çocuk ruh sağlığı kliniğinde iki yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. Psikoloji Dergisi. 1982; 13: 33-39.
- 8- Tannöver S, Kaya N, Tüzün Ü. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. Düşünen Adam 1992; 5: 13-19.
- 9- Garfinkel BD. Elimination disorder. Wansiewicz M. (ed.). Psychiatric disorders in children and adolescents. Philadelphia: WB Saunders Company; 1990.p. 325-336.
- 10- Shaffer D. Enuresis. Rutter M, Hersov L (eds.). Child and adolescent psychiatry modern approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1991.
- 11- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington DC: APA Press; 1994.
- 12- Erermiş S, Aydın C. Çocuk ruh sağlığı yönünden enürezis. Ekşi A. (ed.). Ben Hasta Değilim. 1999. s. 109-123.
- 13- Ünal F. Enürezis Nokturna. Katkı Dergisi 1996; 17(5): 789-802.
- 14- Şener Ş, Şenol S. Çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozukluklar. Ruhsal Hastalıklar. N. Yüksel. (ed.). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 1995.s. 609-668.
- 15- Challamel HS, Cochat D. Enuresis: Pathophysiology and treatment. Sleep Medicine Reviews 1999;3: 313-324.
- 16- Mindell, J. Sleep disorders in children. Health psychology 1993; (12) 2, 151-162.
- 17- Smith, GC. Management of enuresis and urinary incontinence. Current Paediatrics 2000; 10: 122-126.