

DİRENÇLİ ENÜREZİS NOKTURNA TEDAVİSİNDE NÖRALTERAPİ

NEURAL THERAPY IN TREATMENT OF RESISTANT NOCTURNAL ENURESIS

Mustafa KARAKAN, MD^{1,*}, Cihanser YURTSEVEN, MD², Yusuf TAMAM, MD³,
Demet ERDOĞAN, MD^{4,5}, Mehmet Ali ELMACIOĞLU, MD⁵, Hüseyin NAZLIKUL, MD^{4,5}

¹Özel Muayenehane / Private Clinic & Gaziantep - Turkey

²Üroloji / Kemal Bayındır Hastanesi / Gaziantep - Turkey

³Nöroloji / Dicle Üniversitesi / Diyarbakır - Turkey

⁴Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

⁵Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Turkey

⁶Anestezi ve Reanimasyon uzmanı (Anestesiolog), SEV hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Gaziantep - Turkey

Özet

Amaç: Dirençli enürezis nokturna tedavisinde bütünsel nöralterapi uygulama önerilerinin etkinliğinin değerlendirilmesi.

Giriş: Çocukta tuvalet eğitimi sağlandıktan sonra herhangi bir yaşta başlayan uykuda işemeye sekonder nokturnal enürezis denilmektedir. Erkeklerde daha sıktır. %0,2-0,5 oranında erişkin yaşa kadar devam edebilmektedir.

Olgular: 8, 12 ve 14 yaşında erkek, dirençli enürezis nokturna tanısı ile kliniğimize başvurdu. 3,5 ve 5 yaşında tonsillektomi operasyonu sonrasında başlayan gece işemesi mevcut. Olgulara, klasik medikal ve psikolojik destek tedavileri uygulanmasına rağmen sonuç alınamamış.

Tedavi: Olgulara bölgesel, segment, bozucu alan (skar) ve genişletilmiş segment nöralterapi uygulamaları yapıldı. Nöralterapi uygulaması toplam 2 ve 4 seans uygulandı. 6 aydır olgularda uykuda işemektontrol altına alındı.

Sonuç: Dirençli enürezis nokturna, çözümlenmesi zor çocukluk çağı sorunlarından. Çocuğun yaşam kalitesini ve gelecek planlamasını bozmaktadır. Seçilmiş durumlarda nöralterapi etkin bir tedavi seçeneği oluşturmaktadır.

Anahtar sözcükler: Dirençli, enürezis nokturna, nöralterapi, lokal anestezi, bozucu alan, sedasyon.

Abstract

Objective: Evaluating the effectiveness of holistic neuraltherapy's proposals in treatment of resistant nocturnal enuresis.

Introduction: Nocturnal enuresis means the urination during sleep which starting at any age after toilet training provided on child. It is more common in men. It may continue in to adult hood by 0,2-0,5 %.

Cases: Eight, twelve and fourteen year old man were admitted to our clinic with resistant nocturnal enuresis diagnosis. Nocturnal enuresis were available, after tonsillectomy operation that began while they were three and a half and five years old. The conventional medical treatment and psychological support have been applied to patients for years despite the fact that results could not be obtained.

Treatment: Regional, segment, interference field (scarring) and extended segment of neuraltherapy application were performed to the patients. Neuraltherapy application underwent a total of 2 and 4 sessions. Six months follow-up in the patient complete healing was obtained.

Result: Resistant nocturnal enuresis is one of the problems of childhood which is difficult to resolve. It impairs the child's quality of life and future planning. Neuraltherapy is an effective treatment option in selected cases.

Key words: Resistant, nocturnal enuresis, neuraltherapy, local anesthetic, interference field, sedation.

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Mustafa Karakan, MD
Mücahitler Mh. 52063 sk. Selçuk Ecza İş mrk. kat 4/6
27090 Şehitkamil/Gaziantep/Türkiye
Tel: 00 90 534 07 313 07
mkarakanmd@gmail.com

Giriş

Gece uykuda işeme bazı çocuklarda doğuştan beri arada hiç kuru kalma dönemi olmadan devam eder. Buna primerenürezis denir; bazılarında ise bir süre (en az 6 ay) tuvalet eğitimi sağlandıktan sonra herhangi bir yaşta birdenbire gece uykuda işeme başlamıştır. Buna da sekonderenürezis denir. Gece uykuda işeme durumuna nokturnal enürezis denir. Tekrarlayıcı nitelikte ve haftada en az 2 defa istemsiz, gece uykuda işeme durumudur. 5 yaşından önce tanı kesinleştirilmemeli, tedaviye 6 yaştan sonra başlanması önerilmektedir (1).

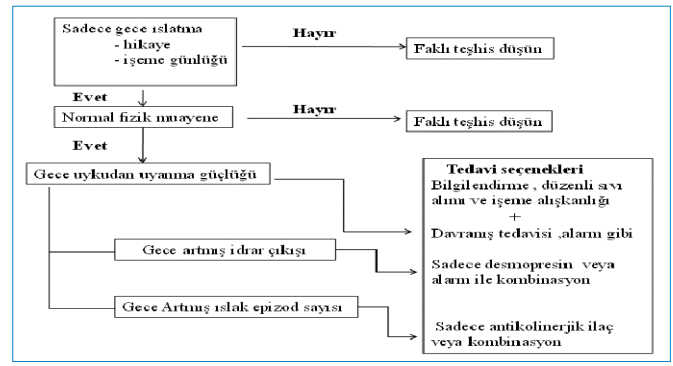
Dünya genelinde sık rastlanan çocukluk çağı hastalıklarındandır. Yedi yaşında yaklaşık %7, on yaşında %5, 12-15 yaş grubunda % 2-3'ünde Enürezis noktürna görülmektedir. Her yıl %10-15 kendiliğinden düzelir. Erkek çocuklarda kızlardan 2 kat daha siktir. Enürezis noktürna sıklığı yaş ilerledikçe azalmakta, erişkin yaşlarda %0,2-0,5 oranında devam etmektedir. İleri yaşlarda gece uyanarak sık idrara gitme şekline dönüşebilmektedir (2, 3).

Primer/Seconder Enürezis Nokturnada Etiyoloji (4, 5):

1. Organik nedenler (%2-3)
 - a. Ürogenitalenfeksiyonlar
 - b. Böbrek-ureter rahatsızlıkları(VUR)
 - c. Düşük mesane kapasitesi
 - d. Epilepsi
 - e. Madde kullanımı
 - f. Uyanmada zorluk
 - g. Diyabet
 - h. Gece idrar miktarında artış
 - i. Organik beyin hasarları
2. Psikolojik nedenler (% 97-98)
 - a. Morfogenetik geçiş (%45-75)
 - b. Yeni kardeş doğumu
 - c. Tuvalet eğitimine geç ya da erken başlanması
 - d. Evde vefat olayı
 - e. Ebeveynlerin boşanması
 - f. Cinsel istismar
 - g. Cinsel sorunlar

Başlıca üç grup klasik tedavi yöntemi vardır. (6, 7, 8, 9) (Şekil 1)

1. Davranış modifikasyonu
 - a. Alarm tedavisi
 - b. Destekleyici motivasyon tedavisi
 - c. Mesane retansiyonu-egzersiz eğitimi
2. Medikal İlaç tedavisi
 - a. Vasopressin (Desmopressin- Minirinmelttb)
 - b. Antikolinerjikler
 - c. Trisiklikantidepressanlar
3. Kombinasyon tedavileri



Şekil 1 | Enürezis Nokturna Tedavi Şeması.

Amaç

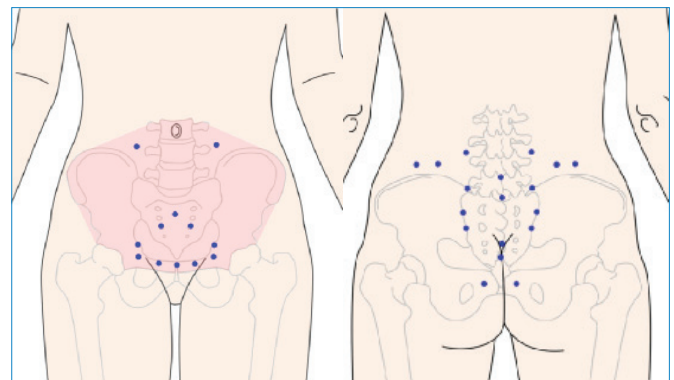
Klasik medikal ilaç, davranış modifikasyon ve kombinasyon tedavilerine dirençli enürezis nokturna tedavisinde bütünsel nöralterapi uygulama önerilerinin etkinliğinin değerlendirilmesi.

Materyal - Metod

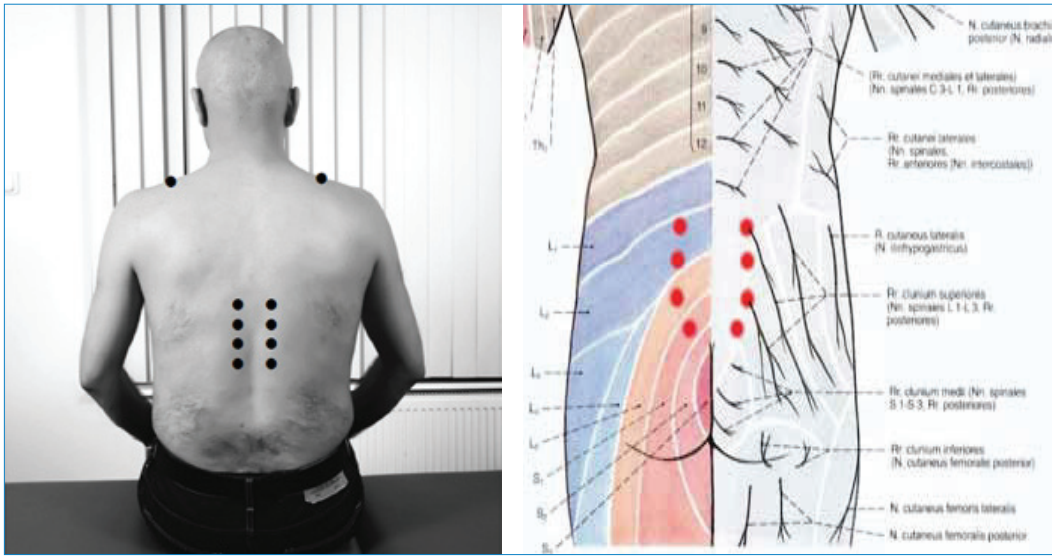
Dirençli enürezis nokturna durumu en az son 2 yıl devam eden, klasik tedaviler uygulanmasına rağmen tedaviye dirençli olgulara uygulama yapıldı. Olguların dirençli enürezis nokturna beraberinde geçirilmiş sünnet ve tonsillektomi operasyonu belirlendi. Nöralterapi tedavi uygulama protokollerinde, % 0,5 lidokain, maksimum 5 mg/kg dozunda kullanıldı (10, 11, 12, 13).

Olgulara nöralterapi protokolü olarak;

1. Bölgesel nöralterapi: Reflektörük mesane headzone ve pubik bölge quadle injeksiyonları uygulandı (10). (Şekil 2 a, b)
2. Segment nöralterapi: Mesane segmentleri olan, sempatik dalların çıktığı T10- L2 segment ve parasempatik dalları S 2-4 segment quadle injeksiyonları yapıldı (11, 13). (Şekil 3 a, b, c, d, e)
3. Bozucu alan nöralterapi: Göbek, sünnet, aşı ve tonsil skar dokularına injeksiyonlar yapıldı (11, 12). (Şekil 4 a, b)
4. Genişletilmiş segment nöralterapi: Trigeminal çıkış noktalarına (n. supraorbitalis, n. infraorbitalis, n. mentalis) injeksiyon, sakral kanal injeksiyonu yapıldı (13).



Şekil 2 a ve b | Reflektörük anterior posterior bölgesel nöralterapi (15).

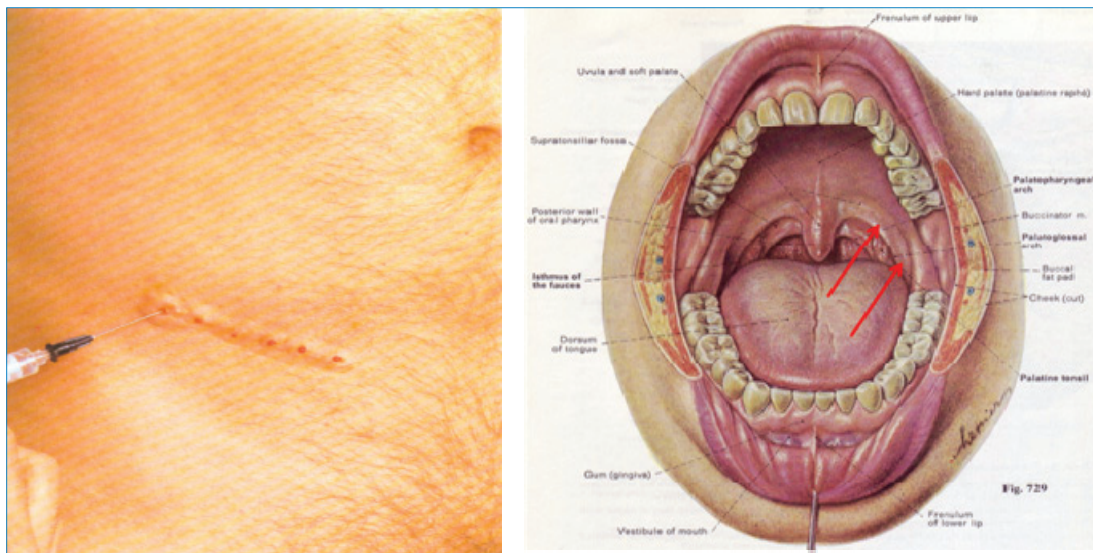


Şekil 3 a ve b | Nöralterapi segment (11).

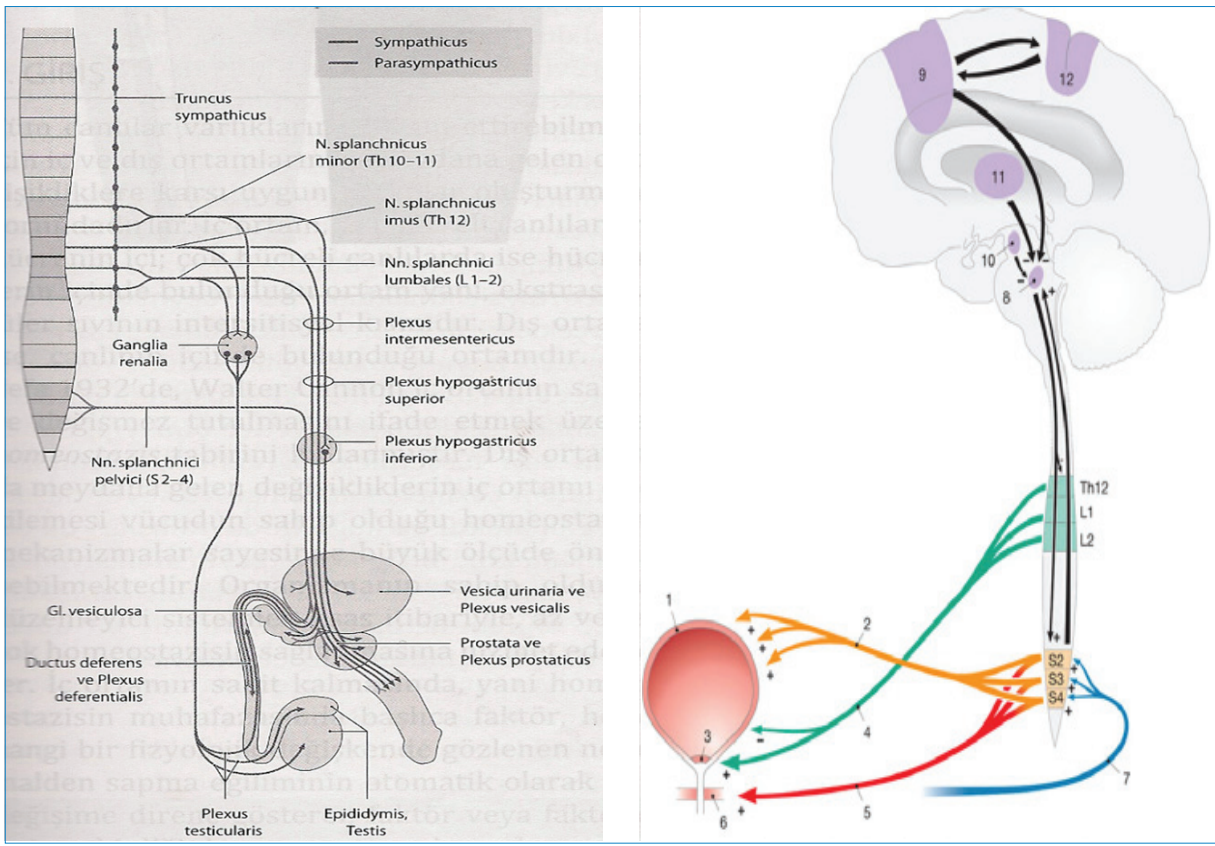
Nöralterapi uygulamaları çocuk yaş grubu dolayısı ile vital monitarizasyon ve sedo-analjezi altında uygulandı. Olgulara, sedo-analjezi ajanı olarak propofol (1-2 mg/kg), remifentanil (0,05-0,1 mcg/kg) kullanıldı (14). Olgu seçimleri, sedasyon ve nöralterapi uygulamaları aynı deneyimli uzmanlar tarafından yapıldı.

Olgu 1: 8 yaşında erkek, 3 yıldır devam eden enürezis nokturna tanısı ve klasik tedavilere direnç mevcuttu. Operasyon öncesi haftada bir defa uykuda işeme bildirildi. 5 yaşında tonsillektomi operasyonu sonrasında başlayan her gün gece uykuda işeme olmaya başlamış. Nöralterapi tedavisi beraberinde davranış tedavilerine tekrar başlandı. Nöralterapi metodolojide yer alan bozucu alan injeksiyonu bir defa olmak üzere, diğer injeksiyonlar toplam üç seans tekrarlanarak uygulandı. İlk nöralterapi seans uygulama sonrasında gece uykuda işeme haftada iki güne geriledi. İkinci seans sonrasında haftada bir gece uykuda işeme oldu. 3. Seans uygulamasından sonra gece uykuda işeme olmadı.

Olgu 2: 12 yaşında erkek, 7 yıldır devam eden enürezis nokturna tanısı ve klasik tedavilere direnç mevcuttu. 3,5 yaşında tonsillektomi operasyonu sonrasında başlayan gece uykuda işemesi mevcut. Olgu son olarak, 2 yıl önce tekrarlanan Desmopressin tablet (Minirinmelt 120 mcg tablet) 18 ay kullanmasına rağmen ilerleme sağlanamamış. Metodolojide yer alan bozucu alan injeksiyonu bir defa olmak üzere, diğer injeksiyonlar toplam 2 seans tekrarlanarak uygulandı. Nöralterapi tedavisi ile beraber, Desmopressin tb (Minirinmelt 120 mcg tablet) tedavisine tekrar başlandı. İlk seanstan sonra gece uykuda işeme haftada iki oldu. İkinci seans sonrasında uykuda işeme olmaması nedeniyle olgu kendi isteği ile tedaviye devam etmedi. Tedavi sonrası telefon ile takiplerinde Desmopressin tablet kullandığında uykuda işeme durumu olmadığı, kullanılmadığında haftada 2-3 defa uykuda işeme olduğu belirlendi. 6 aydır desmopressin tablet kullanımı ile olguda uykuda işeme görülmedi.



Şekil 4 a ve b | A. Bozucu alan skar dokusu injeksiyonu (18), B. Nöralterapide Tonsil injeksiyonu (12).



Şekil 5 a ve b | A. Şekil 5a Mesane İnnervasyonu (11), B. Mesane İnnervasyonu (15).

Olgu 3: 14 yaşında erkek, 9 yıldır devam eden enürezis nokturna tanısı ile kliniğimize başvurdu. 5 yaşında tonsillektomi operasyonu sonrasında başlayan gece işemesi mevcuttu. Metodolojide yer alan bozucu alan injeksiyonu iki defa olmak üzere, diğer injeksiyonlar toplam 4 seans uygulandı. İlk seanstan sonra her gün olan gece işeme durumu haftada 2 ye geriledi. 2. seans sonunda gece uyanarak tuvalet ihtiyacı oldu. 3. Seans sonrasında 1 defa uykuda gece işeme oldu ve bozucu alan aktivasyonu düşünülerek skar injeksiyonları tekrarlandı. 4. seanstan sonra hiç uykuda işeme olmadı. Olguda nöralterapi uygulamasına ilave olarak tekrar davranış tedavilerine devam edilmesi önerildi. 6 aylık takiplerinde olguda uykuda işeme görülmedi. Olguların kuruluk takipleri devam etmektedir.

Tartışma

Enürezis nokturna olgularında klasik tedaviler uygulanmasına rağmen dirençli vakalara rastlanmaktadır. Dirençli enürezis nokturna, çözümlenmesi gereken çocukluk çağı sorunlarından. Çocuğun yaşam kalitesini ve gelecek yaşam planını bozmaktadır. Çocukluk döneminden başlayarak erişkin yaş grubunda da sorun olabilmektedir. Erişkin yaş grubunda % 0,2-0,5 oranında devam etmektedir (2, 3). Dirençli enürezis nokturna olgularında yeni tedavi önerilerine ihtiyaç duyulmaktadır (1, 4, 6, 7).

Nöralterapi bozulmuş hücre membran potansiyelini düzelterek bozucu alanın (irritasyon alanı) tedavisini sağlar.

Nöralterapi yaklaşımında bozucu alanlar buldukları segment içinde semptom oluşturabilirken, uzak bölgelerde de şikayetlere neden olabilirler (15, 16, 17). Günümüzde tüm rahatsızlıkların en az % 30'unun Bozucu Alan/Odaklardan kaynaklandığı bildirilmektedir (15, 18). Tonsiller ve/veya tonsillektomi skarları en sık görülen bozucu alanlardır (19). Nöralterapi pratiğinde bozucu alanlar tedaviye dirençli olgularda önem arz etmektedir (17, 18, 19, 20, 21). Bütünsel yaklaşım ile dirençli enürezis nokturna olgularında bozucu alanlar dikkat çekmelidir.

Tonsiller, bozucu alan olarak pelvik bölge organları üzerinde disfonksiyonlar oluşturabilmektedir. Tonsiller, n. vagus ve n. pudendalis üzerinden ürogenital organlar ile iletişime sahiptir. Tonsillerin parasempatik sistem (n. pudendalis) üzerinden S3 segmentini etkilemesi bu durumu açıklayabilmektedir (10, 12, 21) (Şekil 5 a, b). Vücuttaki skar dokuları öncelikli olarak bozucu alan olarak değerlendirilir. Bozucu alanların tespiti muayene (Kibler-falte cilt kaydırma, Adler-Langer noktaları, Applied Kinezyoloji vb) ve objektif yöntemler (Vega, Reviquant vb.) kullanılarak yapılabilir (22).

Sonuç

Pelvis bölgesi sinir innervasyonu yönünden oldukça kompleks bir yapıya sahiptir. Dirençli enürezis nokturna tedavisinde, nöralterapi etkin bir tedavi seçeneği oluşturabilir. Bu alanda daha geniş seriler üzerinde çalışma yapılması uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Caldwell PH, Deshpande AV, VonGontard A. Management of nocturnale-
nuresis. *BMJ*. 2013 Oct 29;347.
2. Gür E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Güzelöz S, Cifçili S, Arvas A. Enu-
resis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children
in Istanbul, Turkey. *Pediatr Int*. 2004 Feb;46(1):58-63.
3. Yazici CM, Nalbantoglu B, Topcu B, Dogan C. Prevalence of nocturnale-
nuresis and associated factors in school children in Western Turkey. *Can J*
Urol. 2012 Aug;19(4):6383-8.
4. Caldwell PH1, Deshpande AV, VonGontard A. Management of nocturna-
lenuresis. *BMJ*. 2013 Oct 29;347,
5. Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eiber H, Rittig S. The Genetics of
Enuresis: A Review. *J Urol* 2001; 166: 2438-43.
6. Neveus T, Lackgren G, Tuvemo T, Olsson U, Stenberg A. Desmopresin-
resistant enuresis: pathogenetic and therapeutic considerations. *J Urol*
1999;162:2136-40.
7. Hjalmas K, Arnold T, Bower W et al. Nocturnal enuresis: an internationa-
levidence based management strategy. *J Urol* 2004; 171: 2545-61.
8. Al-Harbi SM, Needlman RD, Khan AS, Patni T. Intensive behavioral the-
rapy for primary enuresis. *Saudi Med J* 2004; 25(7):934- 40.
9. Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgül S. Evaluation and
treatment for monosymptomatic enuresis: A standardization document
from the international children's continence society. *J Urol* 2010;183:441-
7.
10. Erdoğan D. Pelvisin Kronik Enfeksiyonlarında Nöralterapi Yaklaşımı ile
Tanı ve Tedavi. *BARNAT* 2011; 14: 24-8
11. Nazlıkul H. Nöralterapi teknikleri ve bozucu alan terapisi. *Nöralterapi*.
İstanbul. Nobel 2010; 163-169.
12. Erdoğan D. Tonsillopalatina enfeksiyonu, neden? *BARNAT* 2010; 10,24-28
22.
13. Nazlıkul H. Nöralterapi, bölüm VII Nöralterapi. İstanbul. Nobel 2010.
137-157.
14. Seol TK, Lim JK, Yoo EK, Min SW, Kim CS, Hwang JY. Propofol-ketamine or
propofol-remifentanyl for deep sedation and analgesia in pediatric pati-
ents undergoing burn dressing changes: a randomized clinical trial. *Paediatr*
Anaesth. 2015 Jun;25(6):560-6.
15. Nazlıkul H. Nöralterapi etki mekanizmaları. *BARNAT* 2008;1: 10-21.
16. Nazlıkul H. Neural therapie Naturheil verfahren, Regulations verfahren-
und Herdgeschehen. Zur Erlangung des akademischen Grades eines
Charité -Universitätsmedizin Berlin. 2010.
17. Nazlıkul, H. Nöralterapi ve Tamamlayıcı Tıp Yaklaşımı ile bozucu alan veya
bozucu odak olarak dış. *BARNAT* 2012;15: 12-17.
18. Karakan M, Elmacioglu MA. Sezaryan sonrası gelişen bozucu alan tedavi-
sinde nöralterapinin yeri. *BARNAT* 2014; 8: 38-9.
19. Dosch P. Lehrbuch der Neural therapie nach Huneke. Haug Verlag 1995
20. Nazlıkul H. Çoklu bozucu alan kaynaklı servikal-omuz sendromu. *BARNAT*
2015;9:1-4
21. Karakan M, Nazlıkul H. Nonspesifik kronik alt bel ağrılarına eşlik eden
rahatsızlıklar. *BARNAT* 2015; 9(2):26-8.
22. Nazlıkul H. Bozucu alan ve odak kaynaklı dirençli vakalarda reviquant ve
MAPS. *BARNAT* 2013; 17: 27-33.