

Şanlıurfa İlindeki Primer Enürezis Nokturna Şikâyeti ile Gelen Hastaların Değerlendirilmesi

Evaluation of Patients with a Symptom of Primary Nocturnal Enuresis in the State of Sanliurfa

Bülent KATI¹, Emre Can POLAT², Hasan Anıl KURT³, Kemal GÜMÜŞ³

¹Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye



ÖZET

Amaç: Primer enürezis nokturnal hastalarda, hasta profilimiz ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntemler: Primer enürezis nokturna tanısıyla Ocak 2013-Ocak 2016 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve tedavi uygulanan 5 yaş üstü toplam 540 hastadan tedaviye devam eden 324 hasta çalışmaya dâhil edildi. Daha önce bilgilendirilmemiş 56 hastaya önce 1 aylık motivasyon ve davranışa dayalı tedavi uygulandı. Davranış ve motivasyon tedavisi istemeyen, davranış ve motivasyon tedavisinden fayda görmeyen veya nüks gelişen toplam 324 hastaya, desmopressin 60-120 mikrogram uygulandı. Hastaların başvuru sırasındaki gece ıslatma sayısının %90 üzerinde azalması tam yanıt, %50-90 azalması orta derecede yanıt, %50'nin altında azalması yanıtız olarak kabul edildi. Hastaların kontrollerinde, tedaviye tam devam edenlerde alınan yanıtı göre kür ve nüks oranları değerlendirildi.

Bulgular: Sadece davranış ve motivasyon tedavisi verilen ve nüks gelişmeyen 8 hasta dışında çalışmaya dâhil edilen 324 hastanın ortalama yaşı 10.57 ± 2.37 (minimum 5- maksimum 18) olarak saptandı. Tek başına davranış ve motivasyon tedavisinden fayda görmeyen ve 120 mikrogram desmopressin tedavisi alarak kontrole gelen 166 (%51.2) hastada tam kurulum sağlandı. Hastaların 107'sinde (%33.3) orta derecede yanıt elde edildi. Hastaların 51'inden (%15.5) ise yanıt alınamadı. Yanıt alınan hastalarda desmopressin tedavisi kesilince 45 hastada (%27.1) nüks gözlemlendi. Tedaviye cevap vermeyen ve ilaç dozu artırılan 4 hastada baş ağrısı ve alerji nedeniyle tedaviye devam edilemedi.

Sonuç: Hastanemizin bölgesel konumu itibarıyla, hastaların hastaneye başvuru yaşının daha yüksek olduğunu gözlemledik. Yine bu temel sebepten kaynaklanan ve tedavi aşamasında ilk basamak olarak düşünülen; hastanın bilgilendirilmesi, davranış ve motivasyon tedavisinin aile yakınlarını pek tatmin etmediği, tedavide yüksek başarı beklentisinden dolayı medikal tedavi ile kombine kullanılması daha fazla gerçekleşmiştir. Medikal tedavi başarı oranının genel ortalamadan düşük olmasının; tedaviye devam etmede zorluklar ve bilinçsiz ilaç kullanımı nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Davranış tedavisi, Desmopressin, Enürezis nokturna, Motivasyon

ABSTRACT

Objective: Evaluation of our primary nocturnal enuresis patients' profile and their treatment outcome.

Material and Methods: We included 324 of the 540 patients aged over 5 years who had applied to our outpatients between January 2013 and January 2016 and were treated for primary nocturnal enuresis. Fifty-six patients who had not received relevant information before were treated for one month with behavioral and motivational therapy. A total of 324 patients who did not benefit from this behavioral and motivational therapy or who showed relapse were started on desmopressin at a dose of 60-120 micrograms. "Full response" was defined as a decrease of 90-100% in the number of wetting instances, "moderate response" as a decrease of 50-90%, and "failed response" as a decrease of less than 50%. Treatment and relapse rates were evaluated based on the response to therapy at the time of follow-up.

Results: The mean age was 10.57 ± 2.37 (minimum 5 maximum 18) years, except the 8 patients who were treated with behavioral and motivational therapy and had no relapse. Full dryness was provided in 166 (51.2%) of the patients who did not have benefit from the behavioral and motivational therapy by itself and used 120 micrograms Desmopressin. "Moderate response" was obtained in 107 (33.3%) patients. "Failed response" was obtained in 51 (15.5%) patients. Relapse was seen in case of discontinuing Desmopressin in 45 (27.1%) patients who had benefited from Desmopressin. Treatment could not proceed in 4 patients who did not respond because of headache and allergy.

Conclusion: Due to the specific location of our hospital, we observed that the patients' age of presentation to the hospital was higher. The first step in the treatment phase, which consists of informing the patient and behavioral and motivational therapy, therefore did not satisfy many of the relatives of the patient. A combination with medical treatment was mostly used because of the high expectation of success from the therapy. We believe that the causes of the lower than usual medical treatment success rate were the difficulties with treatment compliance and uninformed drug usage.

Key Words: Behavior therapy, Desmopressin, Nocturnal enuresis, Motivation

GİRİŞ

Monosemptomatik enürezis nokturna, üriner sistemde herhangi bir patolojisi olmayan çocuklarda, gün boyu idrar kaçırması olmadan sadece gece idrar kaçırmayı tarifler (1). Geceleri idrar kaçırmayla beraber gündüzde sıkışma, idrar kaçırma, sık idrar yapma gibi aşırı aktif mesane semptomları olanlar ise poli-semptomatik nokturnal enürezis olarak adlandırılır. Enürezislerin %80'den fazlası monosemptomatiktir (2). Monosemptomatik enürezis nokturnanın %5-15 gibi farklı sıklık oranları bildirilmekle birlikte, ülkemizdeki okul çocuklarında %20-30 gibi oldukça yüksek oranlarda görüldüğü saptanmıştır (3). Psiko-sosyal acidan uygunsuz koşullara yoğun bir biçimde maruz kalan çocuklarda daha sık görülmektedir (4). Etiyolojide rol alan faktörler; merkezi sinir sistemi maturasyonunda fonksiyonel gecikme, uyku faktörleri, ADH'nin anormal sirkadiyen ritmi, genetik predispozisyon, psikolojik ve çevresel faktörler, organik üriner sistem hastalıkları (enfeksiyonlar, anomaliler) ve diğer sebepler (poliüri, renal tübüler hastalıklar, nörolojik bozukluklar, parazitler) olarak sıralanabilir (5,6). Ailelerin hastalık hakkında bilinçsizliği, durumun bir sorun olduğunun farkında olmaması, sosyo-kültürel eğitim eksikliği ve bu sorun için kullanılan ilaçların kısırlık yapabileceği yönünde duydukları korku hastaların polikliniğimize başvurmalarında gecikmenin ana nedenlerinden olduğu düşünülmektedir (7). Primer tek semptomlu enürezis nokturna tedavisinde en önemli adım çocuğun ve ailenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve tedaviye motive edilmesidir. Bunu sağlamak içinde aileye bunun bir hastalık olduğunu, kızarak ya da cezalandırılarak tedavi edilemeyeceğini anlatmalı, aksine bu tür durumlarda çocuğun psikoloji ve gelişiminin daha sıkıntılı olabileceği bilgilendirilmelidir. Tedavide enüretik alarm cihazı, davranışsal girişimler, mesane germe egzersizleri, konstipasyon tedavisi gibi non farmakolojik tedavilerin yanı sıra, triksiklik antidepressanlar, desmopressin, antikolinerjikler ve düz kas gevşeticileri, gibi farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (8,9).

Bu çalışmada, primer tek semptomlu enürezis nokturna şikâyeti ile üroloji polikliniğimize başvuran 5-19 yaş arasındaki hastaların genel değerlendirmesi ve tedavi sonuçları tartışılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Ocak 2013-Ocak 2016 tarihleri arasında, primer enürezis nokturna şikâyeti ile üroloji polikliniğimize başvuran ve primer tek semptomlu enürezis nokturna teşhisi konulan 5-18 yaş

arasındaki 540 hasta, retrospektif olarak değerlendirildi. Daha önce bilgilendirilmemiş 56 hastaya önce 1 aylık motivasyon ve davranışa dayalı tedavi uygulandı. Bu tedavide başarılı olunamayan ve tek başına uygulamak istemeyen hastalara, 60-120 mikrogram desmopressin başlandı ve kontrollere gelen toplam 324 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların tedaviye başlamadan önceki bilgileri ve tetkikleri incelendi. Yaşına göre mesane kapasitesi normal olmayan idrar sonrası fazla rezidüsü olan veya ek bir alt üriner sistem patolojisi düşünülen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların bir kısmı daha önce anlatılan davranış ve motivasyon tedavisini uyguladığı halde belirgin bir fayda görmemişti ancak hiçbir medikal tedavi almamıştı.

Öncelikle hastaya ve ailesine davranış ve motivasyon tedavisi önerileri verildi. Alarm cihazı seçenekleri ender sayıda hastaya önerilebildi. Özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesinin sosyoekonomik ve eğitimsel eksikliği ayrıca Suriyeli mültecilerin de sağlık hizmeti alabileceği düşünüldüğünde; anlatım ve kontrolün zor olacağı göz önünde bulundurularak bu tedaviler ancak uygun bir şekilde, bilgi olarak sunuldu. Hastaların ilaç ile ilgili endişeleri giderildi ve kullanım şekli, sıvı kısıtlaması ve tedavi gidişatı hakkında bilgiler verildi.

324 hastaya, 3 ay süreyle desmopressin 60-120 mikrogram uygulandı. Hastaların 3 aylık desmopressin tedavisi sonrası 1 hafta ilaca ara verildi. Bu dönemde altını ıslatmayan, kuruluşu devam eden hastalarda desmopressin dozu azaltılarak kesildi, kuruluşu devam etmeyen hastalarda ise desmopressin tedavisine aynı şekilde 3 ay daha devam edildi. Hastalar düzenli olarak kontrollere çağrılıp tedavinin etkinliği ve ilaca bağlı yan etkinin olup olmadığı kontrol edildi. Hastaların kontrollerinde, tedaviye alınan yanıtla göre kür ve nüks oranları değerlendirildi. Hastalarda gece ıslatma sayısının %90-100 azalması tam yanıt olarak değerlendirildi, gece ıslatma sayısının %50-90 azalması orta derecede yanıt, gece ıslatma sayısının %50'nin altında azalması yanıtız olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma süresince primer enürezis nedeniyle başvuran hasta sayısı 540'di. 349 (%64) erkek hastaya karşılık 191 (%36) kız hasta başvurmuştu. Toplamda en fazla 11 yaşında başvurulurken (62-%11.5) Erkeklerde en sık 12 yaş (42-%7.8), kızlarda en sık 11 (22-%4) yaşında başvurulmuştu (Şekil 1). Çalışmaya dâhil edilen 324 hastanın ortalama yaşı 10.57±2.37 (minimum 5- maksimum 18) yıldı. Başvuru sırasında belirttikleri

ailede hikâyesinde 176 hastada (%54.3) oranında pozitiflik varken, geç uyanma sorunu bahseden aile sayısı 188 (%58)'di. Ailelerin 147 tanesi (%45) kadarı bu durumun, okul başarısını düşürdüğünü düşünüyordu. Davranış ve motivasyon tedavisi sonrası kontrole gelen 56 hastanın 12' inde (%21.4) gece ıslatma sayısı % 90-100 azalmış olup kür sağlanmıştı. Kür sağlanan bu hastaların 4'ünde (%33) nüks gözlemlendi. Davranış tedavisinden fayda görmeyen, nüks gelişen ve medikal tedavi isteyen hastalardan 60-120 mg desmopressin tedavisi alan ve kontrole gelen 166 (%51.2) hastada tam kuruluk sağlandı. Hastaların 107'sinde (%33.3) orta derecede yanıt elde edildi. Hastaların 51'inde (%15.5) ise yanıt alınamadı. Yanıt alınan hastalarda desmopressin tedavisi kesilince 45 hastada (%27.1) nüks gözlemlendi. Nüks gelişen hastalara aynı doz olacak şekilde desmopressin tedavisi, orta derece yanıt alınan ve yanıt alınamayan hastalarda ise doz artırılması uygulandı. Doz artırılan 4 hasta baş ağrısı ve/veya alerjik yan etkiler nedeniyle tedaviyi bıraktı. Bu hastaların takipleri devam etmekteydi.

TARTIŞMA

Primer enürezis nokturna özellikle aileleri endişelendiren ve yıldırıcı bir durum olmakla beraber bilinçsiz yardım almadan düzeltilmek istendiğinde, çocuğun psikolojisini ve kendine olan özgüvenini olumsuz etkileyen, bir an önce tedavi edilmesi gereken önemli bir hastalıktır.

Primer tek semptomlu enürezis nokturnada davranış ve motivasyon tedavisi, enüretik alarm cihazı ve medikal ilaç tedavisi gibi, çeşitli tedavi alternatifleri vardır. Tedavide en önemli problem hasta ve ailenin tedaviye uyumu ve tedavi sonrası nüks gözlemlenmesidir.

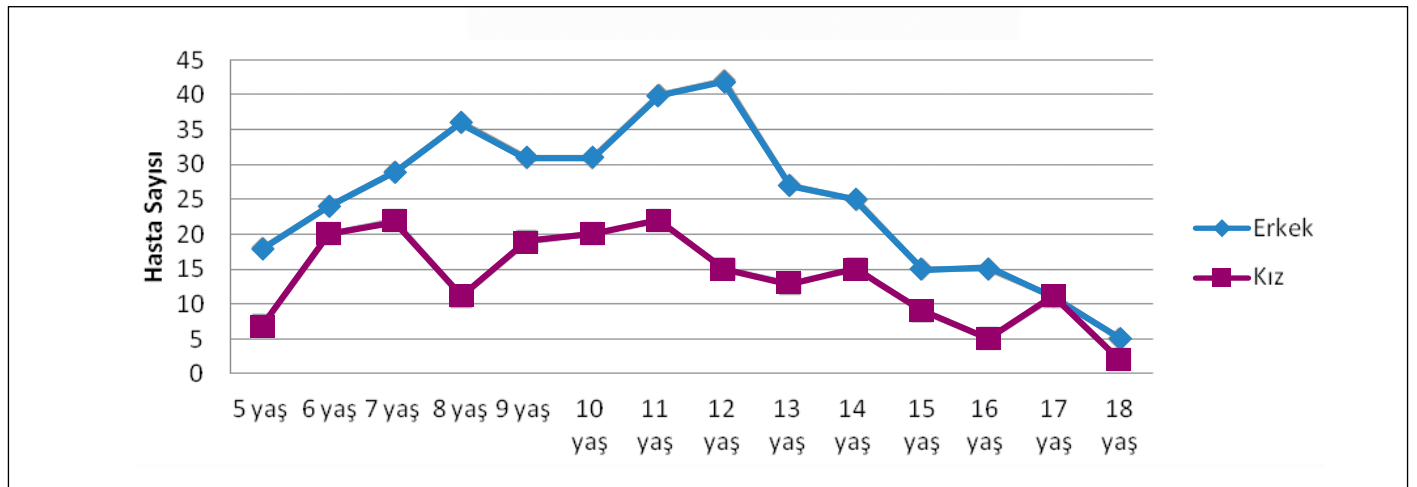
Eskiden beri bilinen enürezis nokturnanın toplumdaki sıklığı ile, epidemiyoloji ve etiopatogenezinde yer alan çeşitli faktörleri belirlemek amacıyla farklı ülkelerde ve ülkemize yapılmış çok sayıda çalışma mevcuttur.

Özellikle ülkemizde yapılan bir çalışmada ailelerin enürezis konusundaki bilgileri değerlendirilmiş ve %41 oranında tedavi gerektirmediği, kendinden düzeleceği düşünülürken, %16.3'ü psikolojik olduğunu ve psikologa gidilmesi gerektiği düşünülmektedir. Yine aynı çalışma da ailelerin kullanılan ilacın %4 oranında kısırlık yaptığını düşündüğünü ve %81 oranında fikirleri olmadığını belirtmişlerdir (10).

Şanlıurfa'daki Devlet hastanemizin konumu olarak, sosyo ekonomik düzeyleri düşük bir kesime ve Suriyeli mültecilere hitap ettiğimiz göz önüne alındığında, polikliniğimize başvuran hasta yaşlarının genel çalışmalara göre daha yüksek olduğunu (10.57±2.37) gözlemledik (7-10). Ayrıca; primer enürezis nokturnalı çocukların ailelerinin bu hastalıkla ilgili yeterli bilgi sahibi olmadığını, bu durumun herhangi bir tedaviyle düzeleceğini bilmediklerini ve çocuklarının gece ıslatmaları geçmeyince komşu veya akrabalarının önerileri sonrası hastaneye başvurdıklarını ilettiler.

Davranış ve motivasyon tedavisi tek başına veya diğer tedavi yöntemleri ile beraber kombine kullanılmaktadır. Başarılı davranış tedavisi, yardımcı bir aile, motive olmuş ve bilgilendirilmiş bir çocuk, tüm ailece sabır ve ortalama 6 aylık tedavi gerektirmektedir (11). Davranış ve motivasyon tedavisinde başarı ortalaması yaklaşık %47 ve %55 oranında bildirilmiştir (12,13). Ancak bölgemizde hem ileri yaşta başvuru olması, hem ailelerin sabırsızlanıp bir an önce etkin bir sonuca ulaşma isteği, en önemlisi olarak da bu tedaviyi uygun şekilde devam ettirecek bir ekonomik ve bilinç düzeyinde olamamaları, biz hekimlerinde medikal tedaviyle beraber davranışsal ve motivasyon tedavi kombinasyonunu ile tedaviye başlamayı zorunlu kılmaktadır.

Yapılan bazı çalışmalarda primer enürezis nokturnalı çocukların uyku durumu değerlendirildiğinde ailelerin ortalama %65-70 civarında uykudan uyanma zorluğu tariflerken (6-14) bizim araştırmamızda uyanma zorluğu tarifleyen hasta sayısı 188 (%58)'di. Ailesinde aynı şekilde primer enürezis tarifleyen aile oranı çalışmalarda %90'a kadar ulaşırken bizim değerlendirmemizde %54.3 (176) civarındaydı (6).



Şekil 1: Hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı.

Primer enürezis nokturna medikal tedavisinde çeşitli tedavi alternatifleri olmakla birlikte, günlük pratikte desmopressin tedavisi sık kullanılır. Yine de yüksek nüks oranı hasta ve ailesinde tedavi gidişatı açısından umutsuzluğa neden olabilmektedir. Bu nedenle primer enürezis nokturnanın tedavisinde genel olarak kabul gören görüş, basamaklı tedavi yönteminin uygulanmasıdır.

Basamaklı tedavide ilk olarak davranış tedavisinin uygulanması, sonraki basamakta alarm yönteminin tek veya davranış tedavisi ile birlikte uygulanması, en son basamakta ise desmopressin gibi ilaç tedavilerinin uygulanması önerilmektedir (15).

Bazı kontrollü çalışmalarda enürezis nokturna tedavisinde desmopressinin plaseboya göre daha etkili olduğu bulunmuş ve çocukların yaklaşık %60'ı ilaca yanıt vermişlerdir (16). Bizim çalışmamızda da bu ilk tedavi yanıtının başarısı yaklaşık %51.2 (166) civarındadır.

Desmopressine yanıt oranı 10 yaştan büyük çocuklarda, aralıklı nokturnal poliürisi olanlarda ve haftada 3 kezden gece ıslatma problemleri olanlarda daha iyidir (17). Bizim hastalarımızın yaş ortalaması 10.57 ± 2.37 'di. Tedavi kesilmesinden sonra nüksler siktir. Bizim hasta grubumuzda kısa dönem tedavi alanlarda %63 (204), uzun dönem tedavi alanlarda %45 (146) nüks görüldü. 3 aylık tedaviden sonra bir haftalık ilaçsız dönemde gece ıslatması olanlara 3 ay daha tedavi düzenlenmiş ve fayda görenlere doz azaltılarak kesilmiştir. Desmopressinin enürezis nokturnada kullanımı güvenli olup, en sık görülen yan etkisi baş ağrısıdır. Ağır su retansiyonu, hiponatremi ve konvülsiyonlar çok nadir görülmektedir (18-20). Hastalarımızda tedavi süresince, tedavi dozu artırılan 4 hastada alerji ve/veya başağrısı dışında ek yan etki gözlenmemiştir.

SONUÇLAR

Hastanemizin bölgesel konumu itibarıyla başvuran hastalarımızın sosyoekonomik düzeyinin, standartın altında olmasından kaynaklandığını düşündüğümüz, hastaların hastaneye başvuru yaşının daha yüksek olduğunu gözlemledik. Yine bu temel sebepten kaynaklanan ve tedavi aşamasında ilk basamak olarak düşünülen; hastanın bilgilendirilmesi, davranış ve motivasyon tedavisinin aile yakınlarını pek tatmin etmediği, tedavi de yüksek başarı beklentisinden dolayı medikal tedavi ile kombine kullanılması daha fazla gerçekleşmiştir.

Desmopressin ile medikal tedavi başarı oranı genel ortalamadan düşük olmasının tedaviye devam etmede zorluklar ve bilinçsiz ilaç kullanımı olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Haque M, Ellerstein NS, Grundy JH, Shelov SP, Weiss JC, McIntire MS, et al. Parental perceptions of enuresis: A collaborative study. *Am J Dis Child* 1981;135:809-11.
2. Kefi A, Tekgül S. Nokturnal enürezis. *Türk Üroloji Dergisi* 2006;32:99-105.
3. Neyzi O, Ertuğrul T, Ekşi A. Psikososyal gelişme ve sorunlar, çocuğun ruhsal gelişimi, Enürezis, Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002;1420-1.
4. Bodur Ş, Soysal Ş. Enuresis nokturna: Yalnızca bir tuvalet eğitimi sorunu mu? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005;14:165-8.
5. Safarinejad MR. Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated familial factors and urinary pathology among school children in Iran. *J Pediatr Urol* 2007;3:443-52.
6. Ergüven M, Çelik Y, Deveci M, Yıldız N. Primer enürezis nokturnada etiyolojik risk faktörleri. *Türk Pediatri Arşivi* 2004;39:83-7.
7. Oğraş MS. Elazığ ilinde enürezis nokturnalı erkek çocuklarda ailelerin tedavi ile ilgili yanlış inanışları ve düzelmeye beklentileri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2010;24:155-9.
8. Neveus T, Lackgren G, Tuvemo T, Hetta J, Hjälmås K, Stenberg A. Enuresis-background and treatment. *Scand J Urol Nephrol* 2000;206:1-44.
9. Skoog SJ, Scherz HC. Office pediatric urology. In: Gillenwater JY, et al, (eds). *Adult and Pediatric Urology*, 4th ed. Philadelphia: LWW 2002;2671-2717.
10. Çarman KB, Nuhoğlu Ç, Ceran Ö. İstanbul ili Ümraniye İlçesi'nde bir grup okul çocuğunda enürezis nokturna prevalansı. *Türk Pediatri Arşivi* 2003;38:153-9.
11. Robson WLM, Leung AK. Urotherapy recommendations for bed wetting. *J Natl Med Assoc* 2002;94:577-80.
12. Soker M, Cakmak A, Haspolat K ve ark. Komplike olmayan primer mono semptomatik enürezis nokturnada davranış terapisi ve intranasal desmopressin tedavisinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 1999;38:137-43.
13. Monge ZM, Mendez AM, Garcia NV. Effectiveness of behavior and intervention in nocturnal enuresis. *An Pediatr (Barc)* 2005;63:444-7.
14. Wille S. Comparison of desmopressin and enuresis alarm for nocturnal enuresis. *Arch Dis Child* 1986;61:30-3.
15. Örmeci AR, İstanbullu B, Çomak E, Altın H. Primer enürezis nokturna tedavisinde davranış, alarm yatağı ve desmopressin tedavilerinin etkilerinin karşılaştırılması. *Çocuk Dergisi* 2003;3:119-23.
16. WE Kaplan, Incontinence. In: P Abrams, S Khoury, A Wein, editors. *Conservative management in children: Non-neuropathic bladder-sphincter dysfunction and neuropathic bladder-sphincter dysfunction*. 1st ed. Plymouth: Health Publications, 1998; 522-46.
17. Aladjem M, Wohl R, Boichis H, Orda S, Lotan D, Freedman S. Desmopressin in nocturnal enuresis. *Arch Dis Child* 1982;57:137-40.
18. Guillaud R, Amram S, Lememme F, Lesbros D. Desmopressin and water intoxication. A propose of a case treated for enuresis. *Pediatric* 1993;48:697-9.
19. Hourihane J, Salisbury AS. Use caution in prescribing desmopressin for nocturnal enuresis (letter: comment). *Br Med J* 1993; 306:1545.
20. Schwab M, Wenzel D, Ruder H. Hyponatraemia and cerebral convulsion due to short term DDAVP therapy for control of enuresis nocturna. *Eur J Pediatr* 199;155:46-8.