

ENÜREZİS NOKTURNA | ENURESIS NOCTURNA

Enürezis Nokturna: Tanı ve Değerlendirme
Enuresis Nocturna: Diagnosis and Evaluation

Esat Korgalı

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sivas

Özet | Abstract

Monosemptomatik noktürnal enürezise (MNE) yönelik tanısal değerlendirilmenin temel amacı monosemptomatik enüretik hasta ile polisemptomatik enüretik hastanın ayırımının yapılmasıdır. Bu amaç için genellikle ayrıntılı ve dikkatli bir anamnez ve düzgün bir işeme günlüğü yeterlidir. Anamnez alınırken MNE'e en sık eşlik eden, patogenezinde ve tedaviye dirençte önemli rol oynayan komorbiditeler olan konstipasyon ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bulguları mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Nokturnal enürezis, tanısal değerlendirme, işeme günlüğü

The main purpose of a diagnostic evaluation of monosymptomatic enuresis was to differentiate between monosymptomatic and polysymptomatic enuretic patient. Detailed and careful medical history and a well documented voiding diary is usually sufficient for this purpose. While obtaining the history, the parents should be questioned regarding an attention deficit and hyperactivity disorder with constipation findings, which play an important role in the pathogenesis of nocturnal enuresis and treatment resistance.

Key words: Enuresis nocturna, diagnostic evaluation, bladder diary

Giriş

Nokturnal enürezis (NE) 5 yaşından büyük, santral sinir sisteminde konjenital ya da edinsel bir patoloji olmayan çocukta ve haftada en az 3 kez gece uykusu sırasında istemsiz işeme durumudur.(1)

Monosemptomatik NE (MNE) gün içerisinde ıslatması olmadan sadece gece idrar kaçırmayı tarifler. Non-monosemptomatik NE veya polisemptomatik NE (PNE) ise gün içerisinde ve gece istemsiz idrar kaçırmayı durumudur.(2) Tanısal değerlendirme ve tedavi seçenekleri açısından farklı yaklaşımlar gerektirmesi nedeniyle bu iki durumun ayırımı önemlidir, tanısal değerlendirilmenin ana hedefi bu ayırımı sağlamasıdır.

Monosemptomatik NE patogenezinde ve tedaviye dirençli olgularda komorbid patolojiler sıklıkla rol oynar.(3) Konstipasyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi nöropsikiyatrik patolojiler bu durumların en önemlileridir.(4, 5) Tanıya yönelik değerlendirme sırasında bu durumun da bilinerek sorgulanması gerekmektedir.

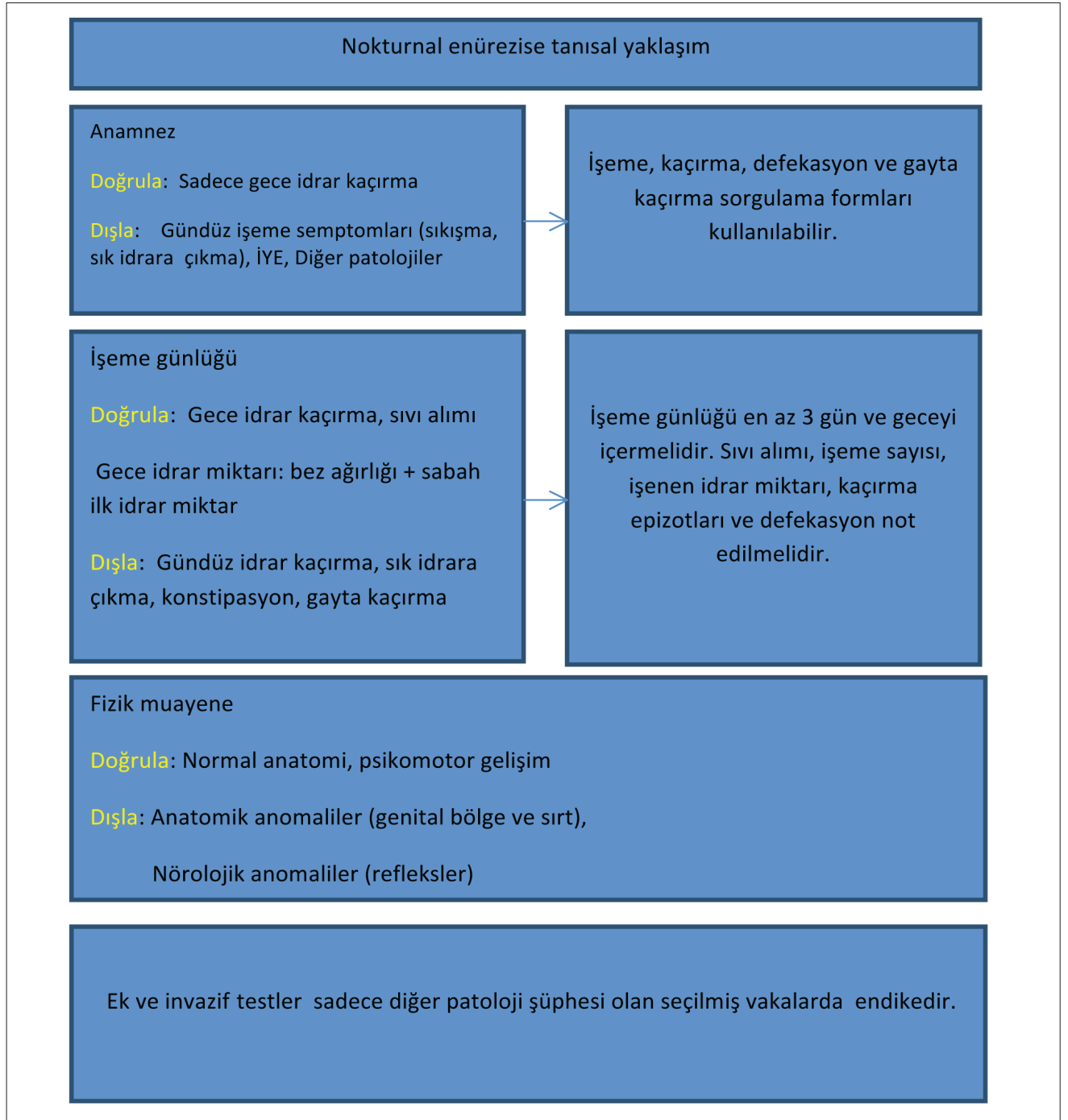
Uluslararası çocuk kontinans derneğinin MNE değerlendirme ve tedavi standardizasyon belgesine göre primer değerlendirme; altta yatan medikal patolojiye sekonder gelişen, ileri araştırma gerektiren, ilgili komorbiditelerin eşlik ettiği hastaların tespit edilerek, dışlanması amacıyla ve bu değerlendirme sonrasında primer tedavinin başlamaya uygun hastaları tespit etmeye yönelik yapılmalıdır.(3)

Öykü

MNE tanısında öykünün rolü çok önemlidir. Anamnez alınırken mutlaka çocukla da konuşulmalı sadece aile ile sınırlı kalınmamalıdır. Hiçbir tetkik anamnezin yerini tutmaz ve eksikliğini gidermez. Anamnez de temel hedef MNE ile PNE ayırımının yapılmasıdır. NE başlama yaşı, gece kaçırma sayısı ve zamanı, arada kuru dönemler oluyorsa süresi, gün içindeki işeme semptomları, idrar yolu enfeksiyonu (İYE) bulguları, işeme postürü, gündüz ve gece sıvı alımı, uyku düzeni, barsak düzeni ve psikososyal durumu sorgulanmalıdır. Anamnez alınırken işeme anamnezi üzerine yoğunlaşılmalıdır. İşeme alışkanlıkları, sıkışma olup olmadığı, idrar tutmaya yönelik manevralar (parmak ucunda yürüme, çömelerek perineye bastırma), zayıf idrar akımı, kesik kesik işeme ve ıkınarak işeme varlığı sorgulanmalı, şu anda veya daha önce gündüz idrar kaçırmaya olup olmadığı öğrenilmelidir. Gündüz idrar kaçırmaya varsa sıklığı ve hangi durumlarda olduğu bilinmelidir.

Ayrıca gece ıslatmalarının sıklığı, noktüri varlığı önemlidir. Gece ıslatma sıklığının fazla olması kötü prognostik faktördür.(6) Noktüri varlığı çocuğun uykudan uyanmada çok zorlanmadığını düşündürür. Özellikle sekonder MNE vakalarında yeni kardeş, anne baba anlaşmazlığı ve ayrılığı gibi psikolojik stress oluşturan etkenlerde sorgulanmalıdır.

Çocuğun uyku süresinin öğrenilmesi ve yaşına göre normal uyku süresi ile karşılaştırılması faydalı olabilir. NE olgularında uyku kalitesindeki bozukluğuna bağlı gün içindeki bilişsel fonksiyonlarda gerilik beklenebilir. Anamnez



Şekil 1. Nokturnal enürezise tanısal yaklaşım algoritması

alınırken bu nokta göz önünde bulundurulmalıdır. Ağır horlama ve obstrüktif uyku apne sendromu gibi durumlarda uyanma eşiğini yükselterek NE'e sebep olabilirler. Bu hastaların bazılarında üst solunum yolu obstrüksiyonu giderildiğinde gece ıslatmalarının kesildiği de gösterilmiştir.(8)

Mesane fonksiyonu ile barsak fonksiyonu ilişkisi bilinmektedir. MNE hastalarında barsak fonksiyonları ve kons-

tipasyon varlığı mutlaka sorgulanmalıdır. Konstipasyonu olan çocuklarda fekal inkontinansında sıklıkla görülmesi nedeniyle bu semptomların da sorgulanması önemlidir.(3) Enüretik çocukta konstipasyon varsa bu durum tedavi edilmeden çocuğun kuru kalması da zordur.

Genel durum ve gelişimle ilgili olarak kilo kaybı, yorgunluk ve halsizlik sorgulanabilir. Bu sorular diyabet ve böbrek

hastalığı varlığı konusunda fikir vermesi bakımından önemlidir. Tahmini sıvı alımı da diyabet ve böbrek hastalıkları için ip ucu olan polidipsiyi ayırdetmeyi sağlar. Polidipsi tespit edilen bu hasta grubunda ileri araştırma gereklidir. Ayrıca polidipsi saptanan NE hastalarında desmopressin tedavisi tehlikeli olabilir.(3) Ailenin enürezisi önlemek için veya tedavisi amacıyla daha önce uyguladıkları yöntemler ve nasıl uyguladıkları da mutlaka öğrenilmeli gereğinde yanlış uygulamalar düzeltilmelidir. MNE düşünülen bir hastada yukarıda belirtilen faktörlerin sorgulandığı bir anamnez ve işeme günlüğü ile sağlıklı bir şekilde tanıya gidilerek ek tetkik yapmadan tedaviye başlanabilir. Bu hasta grubunda anamnez ve işeme çizelgesi ile yeterli bilginin edinilebileceği ürodinamik inceleme ve ultrasonografik değerlendirmenin daha fazla katkı sağlamadığı saptanmıştır.(9)

İşeme Günlüğü (Sıklık Hacim Çizelgesi)

İşeme günlüğünün hasta ve ailesi tarafından doldurulması birkaç nedenden dolayı önem taşır. İşeme günlüğü anamnezi destekleyen objektif veri sağlar. PNE vakalarının saptanmasını kolaylaştırır. Prognoz hakkında fikir verir. Ayrıntılı tetkik ve inceleme gerektiren çocukların tespitini sağlar. Polidipsi varsa ortaya koyar. Ailenin doktorun önerilerine uyumu hakkında fikir sahibi olunmasını sağlar.(3) Bu bilgilerin hepsi MNE tanısında ve tedavi öncesinde edinilmesi gereken önemli ve yararlı bilgilerdir. Tetkiklerin ve tedavinin şekillenmesinde rolü büyüktür.

İyi bir işeme günlüğü en az 2 gün 3 gecelik sıvı alımını, işenen idrar hacmini, işeme paternini, işeme sıklığını; en az 1 haftalıkta gece ve gündüz kaçırma durumunu, mesane ile ilgili diğer semptomları, barsak düzeni ile ilgili semptomları içermelidir. İşeme hacim çizelgesinde saptanan en fazla işenen idrar hacmi fonksiyonel mesane kapasitesini verir. Aynı dönemde hasta geceleri bezlenerek gece idrar kaçırmaması olması durumunda bez tartılarak nokturnal poliüri varlığı ortaya koyulabilir. Bazı çocuklar gün içinde çok az sıvı alıp, uyku öncesinde çok fazla miktarda sıvı alıyor olabilir. Bu durumu da işeme hacim çizelgesi ile saptayabiliriz. Okula giden çocukta uygulama kolaylığı açısından cuma akşamı başlanarak haftasonu boyunca doldurulması önerilebilir.

Fizik Muayene

Monoseptomatik NE hastalarının fizik muayenesi genellikle normaldir. Ancak düzgün olmayan duruş, spinal deformiteler, asimetrik ve çekiç başparmak ile birlikte şekli bozulmuş ayaklar sakral nöropati bulgularıdır. Gizli spinal anomalilerin bulguları olan sakrum bölgesinde gamze, kıl lanma, cilt rengi değişiklikleri, lipom varlığı, asimetrik gluteal kıvrımlar fizik muayene ile saptanabilecek patolojilerdir. Abdominal palpasyonla konstipe olan çocuklarda sol alt kadranda gayta ile dolu inen kolon palpe edilebilir. Bu hastalara mutlaka rektal tuşe yapılmalı; rektumda sert, şekilli

dışkı varlığı, perineal duyu ve anal refleks değerlendirilmelidir. Dış genitalya her iki cinstede değerlendirilmelidir. Erkeklerde meatal stenoz ve kız çocuklarda ise labial yapışıklık atlanmamalıdır.

Laboratuar Testleri

MNE tanılı çocuklarda tek gerekli laboratuar testi tam idrar tahlilidir (TİT). TİT ile piyüri, glikozüri, hematüri araştırılır. Hematüri nefrolojik patolojileri ve glikozüri varlığı diyabet olasılığını akla getirir. Piyüri saptanan çocuklarda kültür antibiyogram yapılarak etkene yönelik tedavi düzenlenmeli gereğinde ileri tanısal yaklaşımlara yönelinmelidir. MNE hastalarında herhangi bir kan testinin endikasyonu yoktur. Üst üriner sistemin ultrasonografik incelemesi de MNE hastalarında rutin olarak önerilmemekle beraber, bir çok merkez kendi imkanları dahilinde ultrason ile mesane duvar kalınlığı ölçümü yapabilmektedir. Bu parametre prognostik belirteç olarak kullanılabilir.(10) Mesane duvar kalınlığı normal olanlarda mesane duvar kalınlığı artmış olanlara göre prognoz daha iyidir. Ürodinamik incelemelerin ise MNE tanısında yeri yoktur.

Son olarak tüm yukarıda anlatılanların özetlendiği Hjalmas ve arkadaşlarının önerdiği ve Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği tarafından da önerilen NE hastasını değerlendirmeye yönelik kılavuz aşağıda şematize edilmiştir (Şekil 1).(11)

Sonuç

Nokturnal enürezis tanı ve değerlendirmesinde temel hedef MNE, PNE ayırımının yapılmasıdır. Bu amaç içinde iyi ve ayrıntılı bir anamnez ve düzgün bir işeme günlüğü yeterlidir.

Kaynaklar

1. Forsythe WI, Butler RJ. Fifty years enuretic alarms. Archives of Disease in Childhood, 1989;64:879-85.
2. vanGool JD, Nieuwenhuis E, ten Doeschate IO, Messer TP, de JONG TP. Subtypes in monosymptomatic nocturnal enuresis. II. Scandinavian Journal of Urology & Nephrology Supplementum, 1999;202:8-11.
3. Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgül S et al. International Children's Continence Society. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. J Urol. 2010;183:441-7.
4. O'Regan S, Yazbeck S, Hamberger B, Schick E. Constipation a commonly unrecognized cause of enuresis. Am J Dis Child 1986;140:260-1.
5. Baeyens D, Roeyers H, Hoebeke P, Verte S, van Hoecke E, Walle JV. Attention deficit/ hyperactivity disorder in children with nocturnal enuresis. J Urol 2004;171:2576.
6. Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe JD, Sit FK, Lau J. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. BJU Int 2006; 97: 1069.

7. Neve'us T. Diagnosis and management of nocturnal enuresis. *Current Opinion in Pediatrics* 2009;21:199-202
8. Cinar U, Vural C, Cakir B, Topuz E, Karaman MI, Turgut S. Nocturnal enuresis and upper airway obstruction. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;59:115.
9. Sehgal R, Paul P, Mohanty NK. Urodynamic evaluation in primary enuresis: an investigative and treatment outcome correlation. *J Trop Pediatr* 2007;53:259-263.
10. Sreedhar B, Yeung CK, Leung VY, Chu CW. Ultrasound bladder measurements in children with severe primary nocturnal enuresis: pretreatment and posttreatment evaluation and its correlation with treatment outcome. *J Urol* 2008;179:1568.
11. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza LM, von Gondart A et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *Journal of Urology*, 2004;171:2545-61.