

Erişkinde Birincil Enürezis Nokturna

Primary Enuresis Nocturna in Adult

Rümeysa Yeni Elbay¹, Sermin Kesebir²

¹Dr., ²Doç.Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Enürezis, tekrarlayıcı nitelik taşıyan idrar kaçırmadır. Beş yaşından önce kontinans kazanılıp kazanılmamasına göre primer ve sekonder olarak, geceleri olursa nokturnal, gündüz de eklenirse diurnal olarak sınıflandırılır. Enürezis nokturnanın DSM-IV-TR' de bahsedilen yaygınlığı 5 yaş çocuklarda erkekler için %7 ve kızlar için %3 olarak belirtilmektedir. Onsekiz yaşa gelindiğinde ise erkeklerin sadece %1'i, kızların ise daha az bir kısmı hala altını ıslatmaya devam etmektedir. Enürezisin oluş nedenleri arasında, uygun olmayan tuvalet eğitimi, kötü yaşam koşulları, düşük sosyo-kültürel düzey, üriner enfeksiyonlar, uyku bozuklukları, spina bifida ve diyabet sayılabilir. Ayırıcı tanıda tüm bu etkenler gözden geçirilmeli ve organik patoloji dışlanmalıdır. Erken tanı konup tedavi edilmeyen olgularda erişkin yaşlara kadar sürebilen bu hastalık beraberinde çeşitli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına ve tedavinin güç hale gelmesine neden olabilir. Enürezis çocukluk çağında tedavi edilmediğinde, erişkinde özgün, karmaşık ve psikosomatik bir görüngüdür. Bu yazıda erken tanı almış olsa da, tedavideki aksamalar nedeniyle tam bir düzelmeye sağlanamamış, 22 yaşında, kadın, enüretik bir olgu tartışılmaktadır. Olgu yineleyen depresif dönemleri nedeniyle eğitimini yarıda bırakmış, karşı cins ile dönemine uygun ilişkiler geliştirememiştir. Bu olgu bildiriminin amacı tedavi edilmeyen birincil enürezis nokturnanın, erişkin çağda ortaya çıkardığı ilişki sorunları ile eşanlı birinci eksen psikopatolojilere dikkati çekmektir.

Anahtar Sözcükler: Primer enürezis nokturna, erişkin, komorbidite.

(*Klinik Psikiyatri* 2013;16:57-61)

SUMMARY

Enuresis nocturna is defined as recurrent urinary leakage. Classified as primary and secondary according to acquisition of urinary continence before age of 5 and nocturnal if it is at only nights and diurnal if at days and nights. The mentioned prevalence of enuresis nocturna in DSM-IV-TR is 7% for boys and 3% for girls, at age of 5. By age 18 only 1% of boys and even fewer girls are still continuing bed wetting. The causes are inappropriate toilet training, poor living conditions, low socio-cultural level, urinary infections, various sleeping disorders, spina bifida and diabetes. The differential diagnosis of all these factors should be reviewed and organic pathology should be ruled out. If not early diagnosed and treated, this disease can persist for up to adult ages, along with the emergence of a variety of psychiatric disorders and the treatment can become more difficult. When enuresis nocturna is left untreated in children, it becomes a unique, complex psychosomatic phenomenon in adulthood. In this case report, an early diagnosed but not completely treated 22 year-old, female enuretic patient is discussed. The case has left her formal education and didn't have a proper relationship with the opposite sex because of comorbid recurrent depressive episodes. The purpose of our paper is to highlight the social relationship problems and comorbid axis I psychiatric disorders of untreated enuresis nocturna in adults.

Key Words: Primary enuresis nocturna, adult, comorbidity.

GİRİŞ

Enürezis yatağa ya da giysilere yineleyen bir biçimde istemli ya da kasıtlı olarak idrar kaçırma olarak tanımlanır (Hirasing ve ark. 1997). Şiddeti idrar kaçırma sıklığı ile tanımlanır, miktar tanısından önemli değildir. İdrar kontinansının hiç kazanılmadığı durumlar "primer", bir kez kazanıldıktan sonra yeniden ortaya çıkan durumlar ise "sekonder" olarak adlandırılır. İdrar kaçırmanın zamanına göre sınıflandırıldığında, sadece gece olan ıslatmalar "nokturnal", gündüz uykusunda da olursa "diürnal" olarak tanımlanır.

Enürezis nokturna çocukluk çağında tedavi edilmediğinde, erişkinde özgün, karmaşık ve psikosomatik bir görüngüdür (Ulrychova ve Zitek 1986, Zimmerman 1992). Uyku bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve psikosomatik bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (Djurhuus ve ark. 1999). Ergen ve erişkinde süregelen enürezis nokturna, irritabl barsak sendromu, kronik kabızlık ya da ishallerle önemli ölçüde birliktelik göstermektedir (Bower ve ark. 2006). Nappo ve ark.'nın (2002) çalışmasında ise kadın enüretik olgularda yeme bozukluğu oldukça yüksek oranlarda saptanmıştır. Enürezis nokturna içe ve dışa vuruk kendini çelmeleyici ve kendine zarar verici davranış için, her iki cinsiyette birlikte hesaplandığında, erkekte ve kadında 1.4 değerinde öngörücülüğe sahiptir (Yeung ve ark. 2006). Bu oran duygudurum düzensizliği için 1.4 ve anksiyete bozukluğu için 1.7'dir. Yine, çocukluk öyküsündeki enürezis nokturna varlığının, şizofreni tanılı olguları, depresif bozukluklu olgulardan; sosyal fobiyi ise iki uçlu olgulardan ayırdettiği belirtilmiştir (Rubino ve ark. 2009). DSM-IV-TR'de bahsedilen yaygınlığı 5 yaş çocuklarda erkekler için %7 ve kızlar için %3 olarak bildirilmektedir. 18 yaşa gelindiğinde erkeklerin sadece %1'i, kızların ise daha az bir kısmı hala altını ıslatmaya devam etmiştir. 18 yaşında süregelen enürezis nokturnanın, kızlardaki yaygınlığı %1'in altındadır (Shadpour ve Shiehmorteza 2006).

Bu yazıda erken tanı almış olmasına karşılık, tedavideki aksamalar nedeniyle tam bir düzelmeye sağlanamamış bir erişkin enürezis nokturna olgusu tartışılmaktadır. Amaç çocukluk çağında tedavi edilmeyen enürezis nokturnanın ergenlik ve erişkinlikte yol açacağı ilişki sorunları ve birinci eksen psikopatolojilerine dikkat çekmektir.

Olgu

22 yaşında, kadın olgu, ilkökul mezunu olup, çalışmamakta, ailesiyle yaşamaktadır. Uyuduğunda idrar kaçırma, uykuya dalmada güçlük, karabasan görme, çığlık atarak uyanma, üzüntü, endişe, karamsarlık, vücudunda kaşıyarak yaralar oluşturma yakınmalarıyla polikliniğe başvurmuştu.

Zor beslenen ve sürekli ağlayan bir bebek olan olgumuz, iki yaşında gündüzleri çiş ve kakasını söylemeye başlamış. Geceleri çişini söyleyemediğinden dolayı beş yıl öncesine dek annesinden fiziksel şiddet görmüş. Annesi hastalığına iyi geleceği düşüncesiyle cinsel organına ateş yaklaştırma, korkutma ve hocaya götürme gibi yöntemleri de denemiş. İlkokul döneminde sessiz, çekingen, utangaç bir çocuk olan olgumuz, başarılı olmadığı için ortaokula gönderilmemiş. Yatılı olarak gittiği kurstan da geceleri altına kaçırması olduğu için ayrılmak zorunda kalmış. Kasiyerlik yaptığı iş deneyimi de ilişki sorunları nedeniyle hayal kırıklığı ile sonlanmış. Bu dönemlerde yoğun özkıyım düşünceleri olmuş. Son dönemde ise, evliliğinde hastalığı yüzünden şiddet göreceği endişesi ve karamsarlığı mevcutmuş, bacaklarında kaşıyarak yaralar oluşturuyormuş.

16 yaşına dek, Üroloji ve Kadın Doğum poliklinik başvurularında organik patolojiye rastlanmamış, aralıklı olarak süren tedavi arayışları başarısızlıkla ve "ergenliğinde geçecek" ifadeleri ile sonlanmış. Aile öyküsünde babasının da 12-13 yaşına kadar altına kaçırma şikayeti olduğu öğrenildi. Olgunun özgeçmişinde ve şimdi herhangi bir madde alışkanlığı bulunmamaktadır.

Psikiyatrik bakısında, özbakımı yerinde, görüşmeye istekli, duygudurumu depresifti. Algı ve düşünce bozukluğuna rastlanmadı. Özkıyım düşüncesi saptanmadı. Bilişsel işlevleri yeterli düzeyde olan olgunun yargılaması olağandı, içgörüsü vardı.

Yapılan rutin kan tetkiklerinde hafif bir anemi dışında belirgin bir patolojiye rastlanmadı.

Psikolojik değerlendirmede, Rorschach yorumunda hastanın gerçeklik ilkesine olan bağlılığını korumakta, toplumun genel düşüncesine katılma ve herkes gibi olma çabasını sürdürdüğü görülmektedir. Kişi dış dünyadan gelen uyarılarına yoğun olarak hissetmekte ve buna karşı koyabilmek için kontrol çabasına

yönlenmektedir. Bu doğrultuda olayları daha detaylandırarak ele almaktadır. Soyutlama ve sembolizasyonun yetersiz kaldığı, özgünlükten uzak bir kavrama biçimi sergilemektedir. Nesne ilişkilerine ilişkin immatur bir ilişki biçimi sunmaktadır, bu alanda yetersizlik hissetmekte ve uyum güçlüğü yaşamaktadır. Otorite ve güç karşısında duyulan korku, yetersizlik ve utanç duygusu göze çarpmaktadır. Erken döneme ilişkin bir yetersizliğin ve hassasiyetin olduğu görülmektedir. İlgi ve sevgiye yönelik ihtiyacı yoğundur. Duygu ve heyecanları düşünce süreçleri ile işleyebilme ve uygun yollarla ifade edebilmede güçlük yaşamakta ve somatize etme eğilimi göstermektedir. Dış dünyaya yönelik korku ve anksiyetesinin yanı sıra depresif eğilimi de dikkat çekmektedir. Alexander testinde IQ:85 olarak ölçülmüştür.

Tedavisinde Desmopressin asetat ve İmipramin ile enürezisi kontrol altına alınan olgunun, zaman zaman olan yinelemeleri, bilişsel davranışçı yöntemlerle sağaltılmıştır. Mevcut depresif durum ve psikojenik ekskoriyasyon, gün içine yayılarak artırılan imipramin dozuyla ortadan kalkmıştır.

TARTIŞMA

Olgumuzda birincil enürezis nokturna ile eşanlı durumlar, uykuda korku duyma bozukluğu (uyku terörü), major depresif bozukluk, yineleyici, şimdiki epizod hafif ve psikojenik ekskoriyasyondur. Dizinde de, enürezis ile en sık birlikte bulunan bozukluklar, parasomniler, psikosomatik bozukluklar ve depresyon olarak sıralanmaktadır (Strömngren ve Thomsen 1990). Psikosomatik bozukluklar içerisinde, dermatolojik rahatsızlıkların en sık rastlanan durumlar olduğu belirtilmektedir (Mouzas ve ark. 2008). Bazı olgu bildirimlerinde, enürezis uyku bozukluğuna bağlanmıştır, hatta bir dönem enürezis nokturna uykuda konuşma ve nokturnal bruksizm ile birlikte başka türlü adlandırılmayan uyku bozukluğu olarak değerlendirilmiştir (Lapierre ve Montplaisir 1992). Uyurgezerlik, gece terörü ve obstruktif ya da santral uyku apne sendromları ile ilişkili olabileceği de ileri sürülmüş görüşler arasındadır (Broughton 1982, Dhondt ve ark. 2009).

Enürezis yönünden kalıtılabilirliğin yüksek olduğu aileler bildirilmiştir ve bağlantı çalışmaları 8, 12 ve

13. kromozomlarda ilgili bölgeler saptamıştır (Von Gontard ve Lehmkuhl 1997, Schaumburg ve ark. 2008). Olgumuzda da babada 12-13 yaşına kadar devam eden enürezis nokturna dikkat çekicidir. Böyle bir durumda kalıtılabilirliğin fizyolojik bazı mekanizmaların gelişip olgunlaşmasındaki yetersizlik ya da gecikme ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak enürezis nokturnada fiziksel ve psikolojik etkenlerin çift yönlü bir etkileşimi söz konusudur.

Olgunun kişisel yaşam öyküsünde, bebeklikteki zor mizacı, bir yaşında iken küçük kız kardeşinin doğumu, memeden istemediği bir vakitte ayrılması, annenin ikircikli tutumu, kardeşle olan çatışmalı ve ikircikli ilişki ve çok da iyi olmayan zeka düzeyi gelişimsel olarak olumsuz sayılabilecek özelliklerdir. Buna karşılık olgu, bastırma, yalıtma (izolasyon), karşıt tepki kurma (reaksiyon formasyon), yer değiştirme, somatizasyon ve kendine döndürme, yüceltme (sublimasyon) ve özgecilik (alturizm) savunma mekanizmalarını kullanmaktadır. Enürezisli olguların ebeveynlerinde olumsuz duygulanım olarak adlandırılan bir tutumdan sözedilmektedir (Robertson ve ark. 1999), ki düşük ilgi ve yüksek kontrolle karakterli bu durum, bu olgunun annesinde göze çarpmaktadır.

Erişkinde primer enürezis nokturnanın özelliklerini araştıran epidemiyolojik bir çalışmada (Yeung ve ark. 2004) 16-40 yaş arası, kadın ve erkek oranı benzer, 8534 kişiye telefonla ulaşılmış, 196 kişide birincil enürezis nokturna saptanmıştır. Buna göre erkekte 2.7, kadında 2 olmak üzere yaygınlık %2.3 oranındadır. Ergen ve erişkinde de enürezis nokturna, erkek olgularda biraz daha sık izlenmektedir. Ancak kadın olguların doktor başvurusu ve tedavi arayışları daha fazla olmakla birlikte her iki cinsiyette olguların sadece %30'u tedavi olacıklarına inanmaktadır (Buckley ve Lapitan 2009). Sadece %1.3 olgu monosemptomatiktir. %18.4 olguda gün boyu inkontinans yakınması mevcuttur. Olguların %26'sı her gece, %53'ü haftada 3 gece ve üzerinde idrarını yapmaktadır. Enüretik olgular olmayanlarla karşılaştırıldığında marital durumları arasında fark bulunmazken eğitim düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Depresyon ve uyku bozukluğu yaygınlığı bu grupta daha fazla, benlik saygısı puanları daha düşüktür. Olgumuz kadın cinsiyette olması ve gün boyu inkontinansının olmaması ile

bu seriden farklılaşmaktadır. Diğer taraftan enürezis nedeniyle yatılı bulunduğu kursu tamamlayamamış, yineleyen depresif dönemleri nedeniyle eğitimini yarıda bırakmış, karşı cins ile dönemine uygun ilişkiler geliştirememiştir.

Enürezis nokturna tedavisinde uyku bozukluğuyla ilişkili ya da bundan bağımsız olarak uykunun 4. evresinde özellikle delta aktivitesi sırasında ortaya çıktığından imipramin başarılı bir şekilde kullanılmaktadır (Van Kampen ve ark. 2004). Son yıllarda desmopressin kullanımı, imipraminin önüne geçmiştir. Sıklıkla desmopressin ile başlayıp kontrol altına alındıktan sonra davranışçı yöntemlerle devam etmek şeklinde bir algoritma izlenmektedir. Davranışçı yöntemler pozitif güçlendirme, uyandırma ve alarm kullanma ve sıvı kısıtlaması şeklinde sıralanabilir. Davranışçı yöntemlerle sürdürüm tedavisi hem maliyeti azaltmakta hem de relapslar

üzerinde etkili olmaktadır (Phibbs ve Wells 1982). Dizinle uyumlu olarak, olgumuzda desmopressin asetat ve imipramin ile enürezis kontrol altına alınmış, zaman zaman olan yinelemeler, bilişsel davranışçı yöntemlerle sağaltılmaya devam etmiştir.

Sonuç olarak, birincil ya da ikincil, enürezis nokturna, tanı konduğu anda tedavisi geciktirilmemeli ve sonlandırılana değin izlenmelidir. Aksi takdirde sosyal hayatta sorunlar yaşama, eştanılarla komplike olma ve tedavi direnci gibi riskler ortaya çıkacaktır.

Yazışma adresi: Dr. Rümeyza Yeni Elbay, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, drrumeyza@gmail.com

KAYNAKLAR

- Bower WF, Sit FK, Yeung CK (2006) Nocturnal enuresis in adolescents and adults is associated with childhood elimination symptoms. *J Urol*, 176: 1771-1775.
- Broughton R (1982) Pathophysiology of enuresis nocturna, sleep terrors and sleepwalking: current status and the Marseilles contribution. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 35:401-410.
- Buckley BS, Lapitan MC (2009) Prevalence of urinary and faecal incontinence and nocturnal enuresis and attitudes to treatment and help-seeking amongst a community-based representative sample of adults in the United Kingdom. *Int J Clin Pract*, 63:568-573.
- Dhondt K, Raes A, Hoebeke P ve ark. (2009) Abnormal sleep architecture and refractory nocturnal enuresis. *J Urol*, 182: 1961-1965.
- Djurhuus JC, Matthiesen TB, Rittig S (1999) Similarities and dissimilarities between nocturnal enuresis in childhood and nocturia in adults. *BJU Int*, 84:9-12.
- Hirasing RA, van Leerdam FJ, Bolk-Bennink L ve ark. (1997) Enuresis nocturna in adults. *Scand J Urol Nephrol*, 31:533-536.
- Lapierre B, Montplaisir Z (1992) Parasomnia. *Encephale*, 18:353-360.
- Mouzas O, Angelopoulos N, Papaliagka M ve ark. (2008) Increased frequency of self-reported parasomnias in patients suffering from vitiligo. *Eur J Dermatol*, 18: 165-168.
- Nappo S, Del Gado R, Chiozza ML ve ark. (2002) Nocturnal enuresis in the adolescent: a neglected problem. *BJU Int*, 90: 912-917.
- Phibbs Z, Wells S (1982) The treatment of nocturnal enuresis in institutionalized retarded adults. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 13:245-249.
- Robertson G, Rittig S, Kovacs L ve ark. (1999) Pathophysiology and treatment of enuresis in adults. *Scand J Urol Nephrol*, 202: 36-38.
- Rubino IA, Frank E, Croce Nanni R ve ark. (2009) A comparative study of axis I antecedents before age 18 of unipolar depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Psychopathology*, 42: 325-332.
- Schaumburg HL, Kapilin U, Blasvaer C ve ark. (2008) Hereditary phenotypes in nocturnal enuresis. *BJU Int*, 102:816-821.
- Shadpour P, Shiehmozteza M (2006) Enuresis persisting into adulthood. *Urol J*, 3: 117-129.
- Strömngren A, Thomsen S (1990) Personality traits in young adults with a history of conditioning-treated childhood enuresis. *Acta Psychiatr Scand*, 81:538-541.
- Ulrychova Z, Zitek M (1986) Long-term follow-up of children with enuresis nocturna. *Cesk Pediatr*, 41: 640-643.
- Van Kampen M, Bogaert G, Akinwuntan EA ve ark. (2004) Long-term efficacy and predictive factors of full spectrum therapy for nocturnal enuresis. *J Urol*, 171:2599-2602.
- von Gontard A, Lehmkuhl G (1997) Enuresis nocturna--neu studies of genetic, pathophysiologic and psychiatric correlations. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 46:709-726.
- Yeung CK, Sihoe JD, Sit FK ve ark. (2004) Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: an epidemiological study. *BJU Int*, 93: 341-345.
- Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe JD ve ark. (2006) Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and ado-

lescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. *BJU Int*, 97: 1069-1073.

Zimmermann W (1992) Integrated individual psychotherapy of

adolescent and young adult enuretic patients-psychodiagnostic and psychosomatic aspects. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 41:156-167.