

Enürezis Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Başvuru Yakınmaları, Eşlik Eden Tanıları ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Application Complaints, Co-Diagnoses and Treatments of Children and Adolescents Diagnosed with Enuresis

Leyla Bozatlı¹, Cansu Uğurtay¹, Burcu Güneydaş¹, Işık Görker¹

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Edirne, Türkiye

Özet

Amaç: Enürezis tanılı olguların başvuru yakınmaları, enürezis tipi, eş tanıları, aile öyküsü, önerilen tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilerin saptanması amaçlandı. **Yöntem:** Ocak 2014 – Ocak 2019 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve enürezis tanısı konan 86 olgu değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 86 hastanın 34'ü (%39.5) kız, 52'si (%60.5) erkekti. Enürezis tanısı alan olguların 52'sine (%60.5) primer enürezis, 34'üne (%39.5) sekonder enürezis tanısı konmuştur. Değerlendirme sonrasında olguların 64'üne (%74.4) sadece enürezis, 6'sına (%7) enürezis ve enkoprezis tanıları konmuştur. Enürezis ve enkoprezis dışında en sık konan psikiyatrik tanının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısının olduğu görülmüştür. Olguların 69'una (%81.2) "davranışçı öneriler" başlığı altında takvim tutma (güneş-bulut), sıvı kısıtlaması, uyku hijyen kuralları anlatılmış olup psikoeğitim verilmiştir, 13 olguya (%15.3) davranışçı önerilere ek olarak medikal tedavi başlanmıştır. Olguların 18'inin (%20.9) ailesinde enürezis öyküsünün olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Olgularımızın literatür ile uyumlu olacak şekilde erkek ağırlıklı olduğu, komorbidite oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Poliklinik takip oranları, tedaviye uyum ve tedavi oranlarının da düşük olduğu saptanmıştır. Enürezisin benlik saygısını olumsuz etkileyen, sekonder psikolojik problemlere neden olabilen bir bozukluk olması nedeniyle erken tanı ve etiyolojik faktöre uygun tedavi algoritmalarının uygulanması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk; ergen; enürezis; eşlik eden tanılar

Abstract

Introduction: It was aimed to determine the information about application complaints, type of enuresis, comorbid diagnoses, family history, recommended treatment methods of patients diagnosed with enuresis.

Method: 86 cases who applied to our outpatient clinic between January 2014 and January 2019 and were diagnosed with enuresis are evaluated.

Results: Of the 86 patients included in the study, 34 (39.5%) were female and 52 (60.5%) were male. Primary enuresis was diagnosed in 52 (60.5%) of the cases diagnosed with enuresis and secondary enuresis in 34 (39.5%). After evaluation, 64 (74.4%) of the cases were diagnosed with enuresis only, enuresis and encopresis in 6 (7%). Apart from enuresis and encopresis, the most common psychiatric diagnosis was the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Keeping a calendar (sun-cloud), fluid restriction, sleep hygiene rules were described in 69 (81.2%) of the cases under the title of "behavioral recommendations", and [medical treatment was started in addition to behavioral recommendations in 13 cases (15.3%)]. It was determined that 18 (20.9%) of the cases had a family history of enuresis.

Conclusion: Consistent with the literature, our cases were found to be predominantly male and the comorbidity rate was high. Outpatient follow-up rates, compliance with treatment and treatment rates were also found to be low. Since enuresis is a disorder that negatively affects self-esteem and can cause secondary psychological problems, it is important to apply treatment algorithms suitable for early diagnosis and etiological factor.

Key Words: Child; adolescent; enuresis; comorbidity

Giriş

Enürezis, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısı (DSM-5) tanı sistemine göre beş yaşından büyük çocukların bir maddenin (örn. antipsikotik, diüretik) ya da tıbbi bir hastalığın (örn. diabetes mellitus, epilepsi, spina bifida) fizyopatolojik etkilerine bağlı olmaksızın tekrarlayıcı nitelikte, istemsiz olarak ya

da isteyerek, gece yatağına ya da gündüz elbiselerine idrar kaçırmayı, bu davranışın en az ardışık üç ay boyunca, haftada iki kez ortaya çıkması ya da çocuğun işlevselliğinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmaktadır. Yalnızca gece uykuda idrar kaçırmayı gördüğü olgulara Enürezis Nokturna, yalnızca gündüz idrar kaçırmayı gördüğü olgulara Enürezis Diurna,

Tablo 1: Başvuru şikayetlerinin dağılımı

	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Alt ıslatma	16	18.6	19	22.1	35	40.7
Alt ıslatma+Davranış sorunları	4	4.7	5	5.8	9	10.5
Alt ıslatma+Dikkat eksikliği	2	2.3	4	4.7	6	7.0
Alt ıslatma+Dışkı kaçırma	2	2.3	2	2.3	4	4.7
Alt ıslatma+Akademik başarıda gerilik	1	1.2	2	2.3	3	3.5
Davranış sorunları	1	1.2	2	2.3	3	3.5
Alt ıslatma+Dışkı kaçırma+Dikkat eksikliği	0	0	2	2.3	2	2.3
Alt ıslatma+Dikkat eksikliği+Sinirlilik	1	1.2	1	1.2	2	2.3
Alt ıslatma+Konuşma ile ilgili sorunlar	0	0	2	2.3	2	2.3
Alt ıslatma+Korkularının olması	0	0	2	2.3	2	2.3
Alt ıslatma+Dışkı kaçırma+Hareketlilik	0	0	1	1.2	1	1.2
Dikkat eksikliği	1	1.2	0	0	1	1.2
Bayılma	0	0	1	1.2	1	1.2
Alt ıslatma+Hareketlilik+Tekrarlayıcı hareket	0	0	1	1.2	1	1.2
Alt ıslatma+Anneden ayrılamama	1	1.2	0	0	1	1.2
Alt ıslatma+Öksürük	1	1.2	0	0	1	1.2
Alt ıslatma+Dışkı kaçırma+Akademik başarıda gerilik	0	0	1	1.2	1	1.2
Alt ıslatma+Sinirlilik+Korkularının olması	0	0	1	1.2	1	1.2
Alt ıslatma+Hareketlilik+Akademik başarıda gerilik	0	0	1	1.2	1	1.2
Alt ıslatma+Tırnak yeme	0	0	1	1.2	1	1.2
Hareketlilik+Karşı gelme	1	1.2	0	0	1	1.2
Alt ıslatma+Dışkı kaçırma+Davranış sorunları	0	0	1	1.2	1	1.2
Konuşma ile ilgili sorunlar	0	0	1	1.2	1	1.2
Korkularının olması	0	0	1	1.2	1	1.2
Dışkı kaçırma	1	1.2	0	0	1	1.2
İç sıkıntısı	0	0	1	1.2	1	1.2
Alt ıslatma+Konuşma ile ilgili sorunlar+Algılamada gerilik	1	1.2	0	0	1	1.2
	34	39.5	52	60.5	86	100

gece ve gündüz idrar kaçırmanın olduğu olgular için ise Enürezis Kontinuum terimleri kullanılmaktadır. İdrar kaçırma yakınmasının başlangıç zamanına göre de tanımlamalar yapılmıştır. Doğumdan itibaren idrar kontrolünün hiç sağlanmadığı çocuklarda primer enürezis, idrar kontrolünün sağlandığı ve en az 6 aylık bir kuru dönemin sonrasında tekrar idrar kaçırmalarının başladığı olgularda seconder enürezis kavramları kullanılmaktadır (1).Enürezis çocuklar ve ergenler arasında yaygın bir sorundur. Ayda birden fazla “ıslak geceden” daha fazla ıslatma sıklığı dikkate alınır, gece idrar kaçırma sıklığı 6 yaşındakiler arasında %10’un üzerinde iken, 10 yaşındaki çocuklar arasındaki bu oran %5’e, ergen ve yetişkin yaş grubunda ise %0.5-1’e gerilemektedir (2). Alt ıslatma yakınması olan çocuk ve ergenler çocuk psikiyatrisi polikliniklerinin yanı sıra, çocuk cerrahisi, çocuk hastalıkları ve üroloji polikliniklerine de

başvurabilmektedir. Enürezis tedavisi ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında farklı kliniklerin farklı tedavi algoritmaları izledikleri görülmektedir. İmipramin ve desmopressin gibi ilaç tedavilerinin yanı sıra, sıvı kısıtlaması, gece uyandırma, kayıt tutma, mesane eğitimi, enüretik alarm gibi ilaç dışı tedavi yaklaşımları da kullanılmaktadır (3,4). Bu çalışmanın amacı, polikliniğimize 5 yıllık bir süre içerisinde başvuran ve enürezis tanısı ile izlenen olguların; yaş ve cinsiyetleri, sosyodemografik özellikleri, başvuru yakınmaları, enürezise eşlik eden tanıların dağılımı, tedavilerinin değerlendirilmesi, ilaç tedavisi başlanma sıklığı, ilaç seçimi, bildirilen yan etkilerin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Ocak 2014 – 1 Ocak 2019 tarihleri arasında başvuran ve enürezis tanısı alan bütün olguların dosya verileri

geriye dönük olarak incelendi. Hastanenin otomasyon sisteminden bu 5 yıllık süreç içerisinde poliklinikte enürezis tanısı ile izlenen olgu sayısının 115 olduğu öğrenilmiş olup, poliklinik dosyaları incelenen olgulardan dosya bilgileri eksik olanlar dışlandığında, geriye kalan 86 olgu çalışmaya dahil edildi. Tüm olguların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, psikiyatrik tanıları, önerilen tedavi seçenekleri, ilaç kullanımına bağlı yan etkiler değerlendirildi. Olguların psikiyatrik tanıları DSM-5 tanı kriterlerine göre konmuş olup, çalışma için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.11.2019 tarihli, 2019/414 protokol numarasıyla onay alındı. Çalışmada elde edilen bulgular SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc, Chicago, USA) programı kullanılarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen çocuklarda; yakınma, konulan tanıları, kullanılan ilaç tedavileri ile ilişkin özelliklerin cinsiyete göre dağılımları tanımlayıcı istatistiklerle sayı, oran, yüzde ve standart sapma ile belirlendi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 86 hastanın 34'ü (%39.5) kız, 52'si (%60.5) erkekti. Hastaların en büyüğü 17 yaşındayken, en küçüğü 5 yaşındaydı (DSM-5 kriterlerinde enürezis tanısının konulmasında gerekli olan 5 yaşını doldurmuş olma kriteri nedeniyle çalışmaya 5 yaş üstü olgular alındı). Alt ıslatma yakınmasıyla başvuran 5 yaş altı çocuklar veri değerlendirilmesine alınmayıp, sadece enürezis tanısı alanlar dahil edildi. Tüm hastaların yaş ortalaması 8.85±3.08 yaş, kızların yaş ortalaması 8.62±3.12 yaş, erkeklerinki 9±3.07 yaş olarak saptandı. Başvuran olguların başvuru şikayetleri değerlendirildi. Vakaların veya ebeveynlerin dile getirdikleri şikayetler tek şikayet, ikili veya üçlü şikayet olmak üzere ayrı gruplarda ele alındı (Tablo 1). Olguların yaklaşık yarısının sadece alt ıslatma ve/veya dışkı kaçırma şikayetleri ile başvurdukları, geri kalan olguların alt ıslatma şikayetlerinin yanında ek farklı bir veya iki yakınmanın da eşlik ettiği görülmektedir. Alt ıslatma şikayeti olmadan, örneğin dikkat eksikliği, davranış sorunları, konuşma ile ilgili sorunlar veya korkularının olması yakınmalarıyla başvuranlarda da detaylı anamnez sonrasında enürezis tanısı konduğu görülmektedir. Enürezis tanısı alan olguların 52'sine (%60.5) primer enürezis, 34'üne (%39.5) sekonder enürezis tanısı konmuştur. Değerlendirme sonrasında olguların 64'üne (%74.4) sadece enürezis, 6'sına (%7) enürezis ve enkoprezis tanıları konmuştur. Dışa atım bozukluklarının yanı sıra olgulara farklı psikiyatrik

tanılar da konmuştur. Olgularımıza en sık konan psikiyatrik tanının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısının olduğu görülmüştür (Tablo 2, Tablo 3). Poliklinik kontrol randevularına düzenli gelip gelmedikleri kontrol edildiğinde olguların sadece 35'inin (%40.7) düzenli takiplerine devam ettikleri saptanmıştır. İlk muayene sonrasında olguların 69'una (%81.2) "davranışçı öneriler" başlığı altında takvim tutma (güneş-bulut), sıvı kısıtlaması, uyku hijyen kuralları anlatılmış olup psikoeğitim verilmiştir, 13 olguya (%15.3) davranışçı önerilere ek olarak medikal tedavi (imipramin) başlanmıştır, 3 (%3.5) olgu da başvuru esnasında mevcut yakınması sebebiyle desmopressin tedavisi kullanılmaktaydı. Davranışçı önerilerin anlatıldığı bütün olguların sadece 42'si (%48.8) bu önerilere uyduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 2: Tanıların dağılımı

Tanılar	n	%
Enürezis	64	74.4
Enürezis+Enkoprezis	6	7.0
Enürezis+farklı bir psikiyatrik tanı	11	12.8
Enürezis+Enkoprezis+farklı bir psikiyatrik tanı	5	5.8
	86	100

Tablo 3: Dışa atım bozukluklukları tanılarına komorbid tanıları

Komorbid tanı	n
DEHB	7
DEHB+Asperger Sendromu	1
Zeka Geriliği	2
Depresyon	1
Ayrılık Anksiyetesi	1
DEHB+Ayrılık Anksiyetesi	1
DEHB+Karşıt Olma Karşı Gelme	1
Bozukluğu	
Sınır Mental Kapasite	1
DEHB+Özgül Öğrenme	1
Bozukluğu+Selektif Mutizm	
Toplam	16

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tedavi seçeneklerinden medikal tedavi 27 (%31.4) hastada kullanılmıştır. Medikal tedavi seçeneklerinden imipramin tercih edilmiştir. İlaç kullanımına bağlı olarak gelişen her hangi bir yan etki verisine rastlanmamıştır. Enürezis tedavi oranına bakıldığında %33.7 olduğu görülmüştür. Olguların 18'inin (%20.9) ailesinde enürezis öyküsünün olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Çalışmamızın popülasyonunu oluşturan grubun yaş ortalaması enürezis ile ilgili yapılan diğer çalışmalardaki olguların yaş ortalamaları ile benzerlik göstermekteydi (5-7) ve %60.5'i erkek çocuklarından oluşmaktaydı. Erkek çocukların intaruterin dönem ve doğum sonrasında, kız çocuklarına göre daha yavaş nörogelişim göstermeleri, fizyolojik olgunluğa daha geç ulaşmaları, gelişme geriliği ve diğer nörogelişimsel bozuklukların daha sık eşlik etmesi ve daha geç tuvalet eğitimi almaları nedeniyle erkek çocuklarda enürezisin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (3,8-10). Çalışmamızın bulgularının literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda oguların cinsiyet bağlamında eşit dağıldığı da görülebilmektedir (11,12). Diğer yandan çalışmamızda başvuru şikayetlerine baktığımızda (Tablo 1), olguların %40.7'sinin alt ıslatma, %4.7'sinin de alt ıslatma + dışkı kaçırmaya şikayetiyle başvurdukları, geri kalan diğer başvurularda alt ıslatma şikayetine ek olarak eşlik eden farklı yakınmaların da olduğu görülmektedir. Ailelerin alt ıslatma yakınmasını göz ardı ederek polikliniğimize davranış sorunları, dikkat eksikliği, bayılma, hareketlilik, karşı gelme, korkularının olması, iç sıkıntısı ve konuşma ile ilgili sorunlar ile başvurdukları, polikliniğimizdeki detaylı muayene sonrasında bu olgulara da enürezis tanısı konduğu görülmektedir. Enürezis tanısının yanı sıra en sık konan tanının DEHB olduğu görülmektedir. DEHB tanısının da sıklıkla erkeklerde görülüyor olması (13), polikliniğimize başvuran olguların çoğunluğunu erkek olması durumuna katkı sağlamış olabilir. Enürezis tanılı olgularda psikiyatrik komorbiditeyi araştırmaya yönelik yapılan çalışmalarda psikiyatrik komorbiditenin sık görüldüğü, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve daha ileri yaşta olmanın enürezise diğer psikiyatrik sorunların eşlik etme olasılığını arttırdığı bildirilmektedir (14). Enürezis tanısına en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan biri olan DEHB'nin birlikte görülme oranının %20-30 arasında değiştiği bildirilmektedir (15,16). Nörogelişimsel bir bozukluk olması sebebiyle DEHB'de merkezi sinir sistemi olgunlaşmasının ve miyelinizasyonunun sağlıklı çocuklara göre daha geç gelişebildiği, bu duruma bağlı olarak da DEHB olan çocuklarda mesane sinyallerinin algılanmasında yetersizlik oluşabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan bu çocuklarda etkilenen merkezi adrenerjik sistem nedeniyle sfinkter denetiminin bozulabileceği ve bu durumun enürezise yol açabileceği düşünülmektedir. DEHB tanısı olan çocuklarda

erteleme davranışı, dalgınlık, oyunu bırakamama gibi durumların çocuklarda kabızlığa yol açıp fonksiyonel mesane kapasitesini azaltarak enürezise yol açabilir (17,18). Çalışmamızda enürezis tanısına eşlik eden komorbid tanılarının dağılımına bakıldı. Sadece enürezis tanısı alanların oranı %74.4 olduğu saptanırken, geri kalan olgularda enürezis tanısına başka bir psikiyatrik tanı ve/veya diğer bir dışa atım bozukluğu olan enkoprezis tanısının eşlik ettiği bulundu (Tablo 2). Başvuru yakınmalarına bakıldığında olguların büyük bir çoğunluğunda başvuru yakınmalarına alt ıslatma dışında başka bir yakınmanın da eşlik ettiği görülmektedir. Ancak tanı dağılımında, dışa atım bozuklukları olan enürezis ve enkoprezis dışında olguların %18.6'sının başka bir psikiyatrik tanı aldıkları saptanmıştır. Bu sonucun yakınmaların eşlik altı düzeyinde kalmalarına, tanı kriterlerini tanı düzeyinde karşılamamalarına bağlı olduğu düşünülmüştür. Başvuru yakınmalarının dağılımında %40.7 olgunun sadece "alt ıslatma" nedeniyle başvurduğu görülmektedir. Hastanemizde genel çocuk polikliniği, çocuk nefroloji, çocuk cerrahisi ve çocuk ürolojisi birimlerinin de olması nedeniyle izole alt ıslatma yakınması olanların bu polikliniklere başvuruyor olabilecekleri, alt ıslatmaya eşlik eden başka bir yakınmanın varlığında polikliniğimize başvurulduklarını düşünmekteyiz. Bu durum nedeniyle dışa atım bozuklukları tanılarının dışında, olguların %18.6'sına ek bir psikiyatrik tanı eşlik ediyor olabilir. Diğer yandan, yazında enürezis tanısına sıklıkla başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği belirtilmektedir. Aktepe ve arkadaşlarının enürezisli çocukların klinik özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarında enürezis tanısına %72.1 oranda başka bir psikiyatrik hastalığın da eşlik ettiğini, en sık görülen komorbid bozuklukların enkoprezis (%27.9), mental retardasyon (%19.7), DEHB (%18) olduğunu bildirmişler (19). Toros ve arkadaşlarının çalışmasında enüretik çocuklar 2 farklı grupta ele alınmış, bu çalışmada da enürezise en sık eşlik eden psikiyatrik bozuklukların DEHB ve enkoprezis oldukları bulunmuş (10). Bizim çalışmamızın sonuçlarında da enürezise en sık eşlik eden bozuklukların enkoprezis ve DEHB olduğu bulunmuştur. Enürezis tanısı olan olguların aile bireylerinde enürezis öyküsünü araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Aile öyküsünün pozitifliği Serel ve arkadaşları tarafından %22.2, Çarman ve arkadaşları tarafından %55.9, İstanbulluoğlu ve arkadaşları tarafından %61.3, olarak bulunduğu bildirilmektedir (11,12,20). Bizim çalışmamızın

örnekleminde aile öyküsünün pozitifliği %20.9 olarak bulunmuştur. Sonucumuz, yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına yakın oranda bulursa da, çalışmalarda genellikle daha yüksek oranlar bildirilmektedir. Bizim sonucumuzun daha düşük bulunmasının sebebi retrospektif dosya taraması olması sebebiyle, eksik dosya verisinden kaynaklanmış olabilir. Enürezis tedavisinde en sık yaklaşım bilişsel davranışçı tedavidir. Medikal tedavi genellikle davranışçı tedaviye ek ve tam cevap alınamayan olgulara önerilmektedir (21). Aktepe ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %93.4'üne davranışçı tedavi önerilmiştir (19). Çalışmamızın sonuçları bu literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görülmektedir. Olgularımızın %81.2'si ilk görüşmede davranışçı tedavilerle takibe alınmıştır, %15.3'üne davranışçı tedavinin yanında ilaç tedavisi (imipramin) başlanmıştır. İlk görüşmenin devamında takiplerde davranışçı önerilere ek medikal tedavi başlanan olguların oranı %31.4 olarak bulunmuştur. Medikal tedavi seçeneklerinden kliniğimizde imipraminin tercih edildiği görülmektedir. Yazında ilaç tedavisi olarak imipraminin enürezisi %40-60 oranında azalttığı belirtilmektedir (22). Aktepe ve arkadaşlarının çalışmasında İmipraminin %41 oranında kullanıldığı tesbit edilmiştir (19). Bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Enürezis tedavisinde (ilaç ve ilaç dışı tedavi seçenekleri olarak) çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Öğraş ve arkadaşlarının çalışmasında davranışçı öneriler ile yanıt alınamayan olgulara ek olarak diğer bir tedavi seçeneği olan desmopressin başlandığı, desmopressin dışında başka bir ajan kullanılmadığı görülmektedir (23). Kliniğimizde takip ve tedavi edilen olgularımızda tercih edilmemiş olsa da diğer bir tedavi seçeneği enüretik alarm tedavisidir (3, 22). Yan etkisinin olmaması sebebiyle aileler tarafından tercih edilen, tedavi sonrası relaps oranlarının düşük olduğu bildirilen bir tedavi seçeneğidir (3,22,24). Yazında enürezis tedavisinde ilaç dışı tedavi seçeneklerinden nöral terapi, akupunktur, hipnoz tedavilerinin de kullanıldığı görülmektedir (4,25). Enürezisin farklı etiyojilerinin olması nedeniyle farklı polikliniklere (pediatri, pediatrik nefroloji, pediatrik üroloji, çocuk cerrahisi, üroloji, infeksiyon hastalıkları) başvuruların olmasına, farklı kliniklerde farklı tedavi algoritmaların izlenmesine yol açabilmektedir. Çalışma sonuçlarımızdan biri de enürezis tedavi oranıdır (%33.7). Ancak düzenli poliklinik takip oranları ve önerilere uyum oranlarının düşük olması bu sonucumuzun yorumlanmasını

zorlaştırmaktadır. Çalışmamızın kısıtlılıkları retrospektif dosya taraması olması sebebiyle veri eksiklerinin olması ve vaka sayımızın düşük olmasıdır. Süre olarak 2014-2019 yılları arasında 5 yıllık oldukça uzun bir zaman dilimi değerlendirilmeye alınmış olsa da, bu süre içerisinde kliniğimizde enürezis tanısı alan sadece 115 vakanın olduğu, dosya bilgisi eksiklikleri nedeniyle 86 vaka değerlendirilebilmiştir. Başvuru sayımızın az olmasının nedeni, hastanemizde yukarıda bahsi geçen polikliniklerde de "alt ıslatma" yakınması ile başvuran olguların takip ve tedavi ediliyor olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışma örnekleminizin küçük olmasına rağmen verilerimizin enürezis komorbiditesi ve tedavisi hakkında literatüre katkı sağladığı kanaatindeyiz. Sonuç olarak enürezisin etiyojik farklılıklar sebebiyle farklı dal polikliniklerine başvuru ihtiyacı yadsınamayacak bir gerçek olarak kabul edilse de, gerek etiyojik faktörlerin aydınlatılmasına, gerek uygun tedavi algoritmalarının izlenmesine yönelik yapılacak çok merkezli, multidisipliner olarak planlanan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çıkar çatışması: Çalışmamızda yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Çalışmamız Helsinki deklarasyonuna uyularak yürütülmüştür.

Etik onamı: Çalışmanın etik açıdan uygunluğu Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı. (Tarih: 21.11.2019, Sayı: 2019/414)

Yazar katkıları: Konsept: LB, Veri toplama veya işleme: LB., CU., BG., Analiz veya yorumlama: LB., IG., Literatür arama: LB., CU., BG., IG., Yazan: LB., IG.

Kaynaklar

1. APA, American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği, APB). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th edition. Washington: American Psychiatric Association 2013.
2. Franco I. von Gontard A, De Gennaro M, the members of the International Childrens's Continenence Society. Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: a standardization document from the International Children's Continenence Society. J Pediatr Urol 2013; 9:234-243.
3. Ünal F. Dışa Atım Bozuklukları. İçinde: Pekcanlar Akay A, Ercan ES, editörler.

- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2.baskı. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. s. 409-417.
4. Atar M, Sancaktutar AA. Enürezis Nokturnanın Tedavisinde İlaç Dışı Yaklaşımlar. Turk Urol Sem 2011; 2:50-54.
 5. Kürtüncü M, Alkan I. 6-12 yaş grubu çocuklarda enürezis noktürna prevalansı ve ilişkili faktörler. Electronic J Vocat Coll 2016; 6(1): 33-37.
 6. Akyüz M, Koca O, Özcan ZY, Öztürk Mİ, Kaya C, Karaman Mİ. Çocuklarda noktürnal enürezisin ailenin eğitim düzeyi ve demografik yapısıyla ilişkisi. Yeni Üroloji Dergisi 2014; 9(2):6-8.
 7. Sarıkaya Uzan G, Yavaş Aksu B, Uzan MM, Eevli M. Primer Monosemptomatik Enürezis Nokturna Tanılı Çocuklarda Obezite Sıklığının ve Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi. Med Bull Haseki 2017; 55:306-310.
 8. Schum TR, McAuliffe TL, Simms MD, Walter JA, Lewis M, Pupp R. Factors Associated With Toilet Training in the 1990s. Ambulatory Pediatrics 2001; 2:79-86.
 9. Aksoy UM. Nörogelişimsel Bozukluklar: Bir Ağacın Farklı Dalları. İKSSTD 2019;11(Ek sayı):1-4.
 10. Toros F, Avlan D, Çamdeviren H. Enüretik çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:38-45.
 11. İstanbulluoğlu H, Bakır B, Ebioloğlu T, Örs S, Dayanç M. Ankara'da bir Eğitim Hastanesinin Üroloji Kliniğine Başvuran Enürezis Noktürnalı Çocukların Bazı Kişisel ve Ailesel Özelliklerinin İncelenmesi. STED 2011; 20(4):141-148.
 12. Çarman KB, Bıçakçı Z, Palancı Y, Alp R. Kars'ta Okulçağı Çocuklarında Enürezis Nokturna Prevalansı ve Ebeveynlerin Enürezis Nokturnaya Bakışı. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2008; 17:103-109.
 13. Gül H, Öncü B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etyolojisinde Çevresel Etkenler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2018; 10(2):148-185.
 14. Baeyens D, Roeyers H, Walle JV, Hoebeke P. Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature review. Eur J Pediatr 2005;164(11):665-672.
 15. Biederman J, Santangelo SL, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Clinical correlates of enuresis in ADHD and non-ADHD children. J Child Psychol Psychiatry 1995;36(5):865-877.
 16. Yang T-K, Huang K-H, Chen S-C, Chang H-C, Yang H-J, Guo Y-J. Correlation between clinical manifestations of nocturnal enuresis and attentional performance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). J Formos Med Assoc 2013;112(1):41-47.
 17. Baeyens D, Roeyers H, Hoebeke P, Antrop I, Mael R, Walle JV. The impact of attention deficit hyperactivity disorders on brainstem dysfunction in nocturnal enuresis. J Urol 2006;176(2):744-748.
 18. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LGA, Veiga ML, Bastos Netto JM, Barroso Jr U. Constipation and lower urinary tract dysfunction in children and adolescents: a population-based study. Front Pediatr 2016;4:101.
 19. Aktepe E, Altınkılıç S, Sönmez Y, Çalışkan AM. Enürezisli Çocukların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. Yeni Symposium 2010; 48(3):166-171.
 20. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoğlu HR et al. Epidemiology of enuresis in Turkish children. Scand J Urol Nephrol 1997; 31: 537-539.
 21. Bahalı MK, Tahiroğlu AY, Güzel E, Avcı A. Enürezisli çocukların sosyodemografik özellikleri ve tedavi yaklaşımları. Yeni Symposium 2005; 43:97-100.
 22. Toros F. Eliminasyon bozuklukları. Aysev A, Taner Y, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı. İstanbul: Golden Print 2007; 615-626.
 23. Oğraş MS, Ağlamış E, Yücel MÖ, Taşdemir C, Selçuk EB. Monosemptomatik enürezis noktürnalı hastalarda tedavi ve takip sonuçlarımız. Dicle Tıp Derg 2013; 40(3):410-413.
 24. Ergin G, Ebioloğlu T, Kibar Y. Birinci Basamakta Enürezis Noktürnada Alarm Tedavisi. Smyrna Tıp Dergisi 2014; 3:57-60.
 25. Karakan M, Yurtseven C, Tamam Y, Erdoğan D, Elmacioğlu MA, Nazlıkul H. Dirençli Enürezis Nokturna Tedavisinde Nöralterapi. Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi 2016; 10(2):21-25.