

Altı Yaşında Kız Çocukta Fonksiyonel Kabızlığa Bağlı Akut İdrar Retansiyonu: Olgu Sunumu

Acute Urinary Retention Due to Functional Constipation in a 6-Year-Old Girl: Case Report

Ozan EFESOY *, Aysun SAVAS **, Erdal ÇAKMAK ***, Erim ERDEM ****

* Develi Hatice Muammer Kocatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, ** Yahyalı Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, *** Özel Sevgi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, **** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Kabızlık çocuk hekimlerinin oldukça sık karşılaştığı sorunlardan biridir. Çocuk hekimlerine başvuruların %3'ünün, çocuk gastroenteroloji konsültasyonlarının ise %25'inin nedeni kabızlıktır. Kabızlığın başlıca komplikasyonları dışkı kaçırmaya, müzmin karın ağrısı ve üriner semptomlardır. Çocuk ürolojisinin acillerinden biri olan akut idrar retansiyonunun fonksiyonel kabızlığa bağlı olarak gelişmesi klinik pratikte çok ender görülen bir durumdur. Bu makalede fonksiyonel kabızlığa bağlı akut idrar retansiyonu gelişen 6 yaşındaki kız çocuk olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: çocuk, fonksiyonel kabızlık; idrar retansiyonu

SUMMARY

Constipation is a common problem encountered in children, accounting for about 3% of consultations to pediatricians, and 25% of referrals to pediatric gastroenterology. Main complications of constipation are functional fecal incontinence, chronic abdominal pain and urinary symptoms. As one of pediatric urology emergencies, acute urinary retention associated with functional constipation is an extremely rare problem seen in clinical practice. We report a 6-year-old girl who developed acute urinary retention secondary to functional constipation.

Key words: child, functional constipation, urinary retention

GİRİŞ

Ürolojik acillerden biri olan akut idrar retansiyonu, şiddetli idrar yapma hissiyle birlikte mesanenin dolu olmasına rağmen, idrar yapamama halidir. İdrar retansiyonu her yaşta görülebilmesine rağmen, çocukluk çağında nadiren görülür⁽¹⁾. Çocukluk çağında idrar retansiyonunun en sık iki nedeni nörolojik hastalıklar ve anatomik bozukluklardır⁽²⁾. Fonksiyonel kabızlık, başta üriner sistem enfeksiyonları ile gece ve/veya gündüz idrar kaçırmaya olmak üzere, üriner komplikasyonlara sıklıkla neden olmakla beraber,

fonksiyonel kabızlığa bağlı akut idrar retansiyonu gelişmesi klinik pratikte çok nadir görülen bir durumdur⁽³⁾. Bu makalede gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozukluklarına sıklıkla alt üriner sistem fonksiyon bozukluklarının eşlik ettiği anımsatılarak bu birlikteliğin çok nadir görülen bir formu, fonksiyonel kabızlığa bağlı akut idrar retansiyonu gelişen 6 yaşındaki kız çocuk olgusu, sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Bilinen bir sistemik hastalığı ve geçirilmiş cerra-

Alındığı tarih: 06.07.2013

Kabul tarihi: 14.11.2013

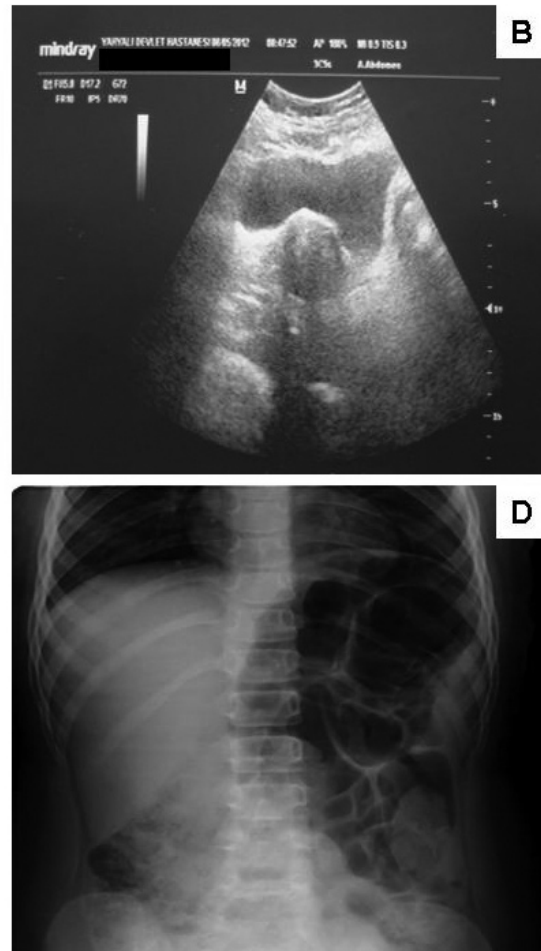
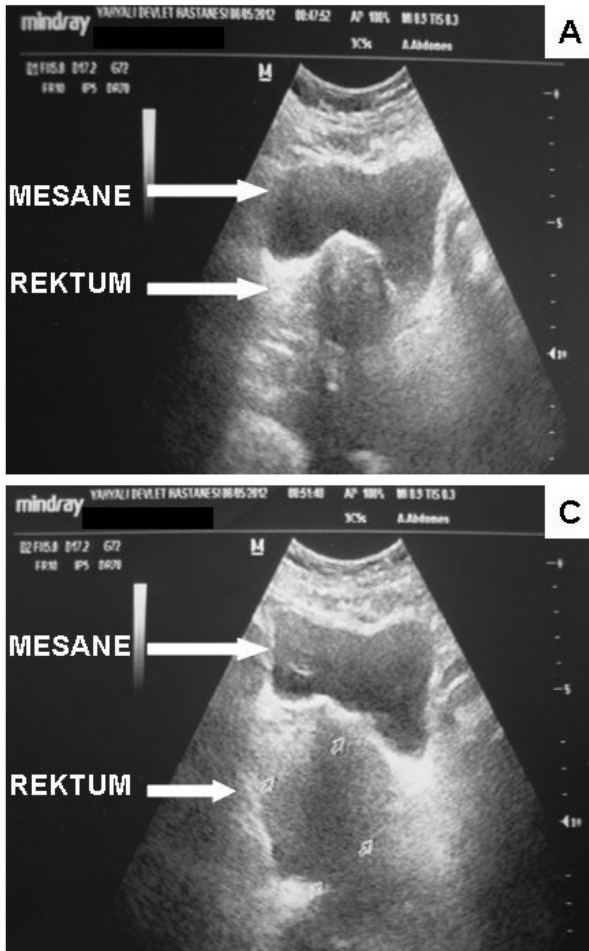
Yazışma adresi: Uzm. Dr. Ozan Efesoğlu, Seydili Mahallesi, Atatürk Bulvarı, No: 20-2, Yahyalı-Kayseri

e-posta: oefesoğlu@yahoo.com

hi öyküsü olmayan 6 yaşında kız çocuğu karın ağrısı ve idrar yapamama yakınmaları ile hastanemize getirildi. Anamnezinde uzun zamandır kabızlığının olduğu, ancak herhangi bir tedavi almadığı, son birkaç gündür ise idrar yaparken zorlanma ve damlama şeklinde idrar yaptığı öğrenildi. Olgunun fizik muayenesinde bağırsak seslerinin azaldığı, batının distandü ve timpanik olduğu, ancak peritoneal irritasyon bulgularının bulunmadığı, suprapubik bölgede ise sert, mobil, hassas ve yuvarlak kitle (glob vezikale) olduğu saptandı. Pelvik ultrasonografide mesane içerisinde 275 ml idrar olduğu ve mesane-proksimal üretraya inferoposteriordan rektal bası olduğu gözlemlendi (Resim 1A-C). Çekilen ayakta direkt

batın grafisinde bağırsakta birikmiş gaz/gaita imajı izlendi (Resim 1D). Mesaneye 8F üretral kateter yerleştirilerek idrar drenajı sağlandı ve kateter çıkartıldı. Çok yoğun olan katı dışkıının drenajı ise rektal fosfat enama kullanılarak sağlandı. İdrar mikroskopisinde her sahada 4-5 lökosit saptanan olguya ampirik olarak p.o. sefu-roksim aksetil 2x125 mg başlandı. Kateterden alınan idrar kültüründe üreme olmaması üzerine antibiyoterapi üçüncü günde sonlandırıldı.

Etiyolojik değerlendirme için yapılan detaylı sorgulamada kabızlığının yaklaşık son iki yıldır ortaya çıktığı, daha öncesinde ailesince fark edilen alt üriner sistem fonksiyon bozukluğunu



Resim 1. Olguya ait pelvik ultrasonografi ve ayakta direkt batın grafisi görüntüleri.

düşündürecek herhangi bir yakınmanın, bilinen herhangi bir sistemik hastalığının, geçirilmiş cerrahi öyküsünün ve ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi. Ayrıntılı fizik muayenede ise batın sol alt kadranda palpabl rektal kitle, tuşede rektal ampullanın geniş ve içerisinde artmış kalibrede dışkı olduğu saptandı. Lumbosakral muayenesinde kıllanma, gamze ve renk değişikliği gibi okült bir gelişimsel sinir sistemi patolojisi düşündürülecek patolojiye rastlanmadı. Üretra yerleşimi ile kalibrasyonu, dış genital muayenesi, anüs yerleşimi, anal tonusu, perianal duyarlılığı ile alt ekstremitte kas gücü, tonusu, duyasu ve derin tendon refleksleri doğal olan hastada patolojik refleks saptanmadı. Olgunun diğer sistem muayeneleri ise doğal bulundu. Laboratuvar incelemelerinde ise tam kan sayımı doğal (anemi yok), serum elektrolit düzeyleri normal sınırlarda (hiperkalsemi ve hipokalemi yok), tiroid fonksiyon testleri doğal (hipotiroidi yok) ve açlık kan şekeri normal sınırlarda saptandı. Olgunun ayakta direkt batın grafisinde ise vertebral kolonun doğal görünümde olduğu, spina bifida veya benzer bir nöro-vertebral trakt anomalisi olmadığı izlendi (Resim 1D).

Mevcut bulgularla organik-anatomik, nörolojik, endokrin-metabolik nedenler ile ilaç kullanımı dışlanan olguda Roma III kriterlerinden “haftada iki veya daha az dışkılama”, “ağrılı ve sert dışkı yapma”, “rektumda büyük dışkı kitlesinin saptanması” ile “tuvaleti tıkayabilecek kadar büyük dışkı yapma”nın yaklaşık son bir yıldır haftada en az bir kez olduğu tespit edilerek fonksiyonel kabızlık tanısı konuldu. Akut idrar retansiyonuna neden olacak üriner enfeksiyon, organik-anatomik ve nörolojik bozukluk saptanmayan olguda akut idrar retansiyonunun fonksiyonel kabızlığa bağlı geliştiği düşünüldü. Fonksiyonel kabızlığın tedavisi amacıyla eğitim

ve p.o. laktüloz 2 ml/kg/gün başlanan olgunun takiplerde laktüloz dozu tedricen azaltılarak tedavinin üçüncü ayında kesildi. Davranış tedavisi ve diyet düzenlenmesine devam edilen hasta, kabızlık ve ilişkili komplikasyonları olmaksızın bir yıldır takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Kabızlık çocuklarda sık görülen bir sorundur ve ABD’de genel çocuk popülasyonundaki sıklığı %0.3-8 arasındadır. Çocuk hekimlerine başvuru-rının %3’ünün, çocuk gastroenteroloji konsültasyonlarının ise %25’inin nedeni kabızlıktır ⁽⁴⁾. Kabızlık özel bir hastalık değil, tanımı kişiden kişiye değişen ve farklı şekillerde yorumlanabilen, subjektif bir semptomdur. Çocukların çok küçük bir bölümünde kabızlık organik nedenlere bağlı iken, yenidoğan döneminden sonra kabızlığın en sık nedeni (%90-95) organik/anatomik, nörolojik, endokrin ve metabolik hastalıklar ile ilaç alımına bağlı olmayan fonksiyonel kabızlıktır ^(3,4).

Fonksiyonel kabızlığın da içerisinde yer aldığı çocukluk çağı fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarının isim ve tanımlarının standardize edilmesi amacıyla 1997’de Roma’da toplanan uluslararası bir komisyonca verilen kararlar “Roma II kriterleri” olarak 1999 yılında yayınlanmıştır ⁽⁵⁾. İlerleyen yıllarda Roma II kriterlerinin bazı durumlarda yetersiz kaldığının saptanması üzerine çocukluk çağı, yenidoğan/süt çocukları ve çocuklar/adolesanlar olarak, iki gruba ayrılmış ve iki ayrı komisyonca bu gruplardaki fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların isim ve tanımları yeniden düzenlenerek 2006 yılında “Roma III kriterleri” olarak yayınlanmıştır ^(6,7). Çocuk ve adolesanlarda fonksiyonel kabızlık için Roma III kriterleri şunlardır; 4-18 yaş arasında ve irritabl bağırsak sendromu tanısı

için yeterli kanıt bulunmayan çocuklarda son iki ayda aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin haftada en az bir kez varlığı: 1) Haftada iki veya daha az dışkılama, 2) Haftada en az bir kez dışkı kaçırmaya, 3) İstemli olarak dışkı tutma veya bunu gösteren postür/davranış, 4) Ağrılı ve sert dışkı yapma, 5) Rektumda büyük dışkı kitlesinin saptanması, 6) Tuvaleti tıkayabilecek kadar büyük dışkı yapma ⁽⁷⁾.

Kabızlığın başlıca komplikasyonları dışkı kaçırmaya, müzmin karın ağrısı ve üriner semptomlardır. İşeme bozuklukları, gece ve/veya gündüz idrar kaçırmaya ile üriner sistem enfeksiyonları sıklıkla görülen üriner komplikasyonlar iken, kabızlığa bağlı idrar retansiyonu çok nadir görülen bir diğer üriner komplikasyondur ^(3,4,8).

İşeme ve dışkılama farklı kas ve sinir sistemlerinin koordinasyonunu gerektiren oldukça karmaşık süreçlerdir. Mesane ile bağırsak fonksiyonunu kontrol eden ve embriyolojik kökeni ortak olan bu sistemlerin birbiriyle olan yakın ilişkileri gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozukluklarının alt üriner sistemin fonksiyon bozuklukları ile birliktelik göstermesine neden olmaktadır. Söz konusu birliktelik, anatomik bozukluk ya da nörolojik hastalık bulunmayan durumlarda, “Disfonksiyonel Eliminasyon Sendromu” olarak tanımlanmaktadır ^(9,10). Güncel bir çalışmada Hadjizadeh ve ark. ⁽¹⁰⁾ 85 fonksiyonel kabızlık olan çocuk ile bunlarla yaş/cinsiyet olarak uyumlu 280 sağlıklı çocuğu işeme bozukluğu sıklığı açısından değerlendirmişler ve kabızlığı olan çocukların %63.5’inde, sağlıklı çocukların ise %10’unda işeme bozukluğu saptamışlardır (p<0.001, OR:15.74; %95 CI: 8.7-28.4).

Disfonksiyonel Eliminasyon Sendromu olan çocukların tedavisinde uygun ortamın sağlanması,

doğru pozisyon, pelvik taban kaslarının uygun şekilde gevşetilmesi ve işeme/dışkılama süresinin doğru şekilde ayarlanmasının öğretildiği tuvalet eğitimi, beslenmenin düzenlenmesi ve kabızlığın ortadan kaldırılarak uygun dışkılama düzeninin sağlanması tedavinin ana unsurlarıdır ⁽¹¹⁾. Fonksiyonel kabızlıkta tedavi başarısı için plan ve uyum çok önemlidir. Tedavi geniş kapsamlı olup, şu dört fazı içermelidir. Eğitim, katı dışkının çıkartılması, gaita birikiminin önlenmesi (idame tedavi) ve tedavinin sonlandırılması. Eğitime aile ve çocuğa dışkılama ile işeme fizyopatolojisi hakkında bilgi vererek başlanmalı, beslenmenin düzenlenmesi ve tuvalet/davranış eğitimleri verilmeli, gerekli durumlarda ise eğitime psikoterapi de eklenmelidir. Katı dışkının çıkartılmasını olası olduğu kadar konforlu hâle getirebilmek için ilk seçenek olarak oral laksatifler kullanılmalı, enemalar ise ancak çok özel durumlarda tercih edilmelidir. İdame tedavi amacıyla diyetle alınan doğal liflerin miktarı artırılmalı ve oral laksatifler kullanılmalıdır. Günümüzde, bu amaçla sıklıkla kullanılan laksatifler polietilen glikol ve laktülozdur. Laksatif kullanımında ana hedefler fekal inkontinans ve karın ağrısı olmaksızın günde 1-2 defa dışkılamayı sağlayarak bağırsaklardaki dışkının her gün boşaltılmasını sağlamaktır. Bireyselleştirilen tedavi dozu tedricen azaltılarak belirli bir süre sonra medikal tedavi sonlandırılır ⁽⁸⁾.

Sonuç olarak, gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozukluklarının sıklıkla alt üriner sistem fonksiyon bozuklukları ile birliktelik gösterdiği unutulmayarak bu çocuklarda her iki sistem değerlendirmesinin ve tedavisinin birlikte yapılması gerektiği, olgumuzda da görüldüğü üzere nadiren de olsa fonksiyonel kabızlığa bağlı akut idrar retansiyonu gelişebileceği

ve gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozukluklarına bağlı üriner komplikasyonların gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozukluklarının tedavi edilmesi ile ortadan kalktığı akıldadır tutulmalıdır⁽³⁾.

KAYNAKLAR

1. **Efesoy O, Saylam B, Erdem E.** Çocukluk çağında akut idrar retansiyonunun nadir bir nedeni: üretra taşı. *Türkiye Klinikleri J Urology* 2010;1:60-4.
2. **Leslie JA, Cain MP.** Pediatric urologic emergencies and urgencies. *Pediatr Clin North Am* 2006;53:513-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2006.02.007>
3. **Loening-Baucke V.** Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics* 1997; 100:228-32. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.100.2.228>
4. **Loening-Baucke V.** Prevalence, symptoms and outcome of constipation in bebes and toddlers. *J Pediatr* 2005;146:359-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.10.046>
5. **Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, et al.** Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl 2):II60-II68. <http://dx.doi.org/10.1136/gut.45.2008.ii60>
6. **Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, et al.** Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006; 130:1519-26. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.065>
7. **Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, et al.** Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527-37. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2005.08.063>
8. **Özkan TB, Özgür T.** Çocuklarda kronik konstipasyon. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2012;8:130-8.
9. **Mohkam M.** Voiding dysfunction in children with chronic functional constipation. *Iran J Kidney Dis* 2013;7:336-8.
10. **Hadjizadeh N, Motamed F, Abdollahzade S, Raffei S.** Association of voiding dysfunction with functional constipation. *Indian Pediatr* 2009;46:1093-5.
11. **Erdem E.** Çocuklarda işeme disfonksiyonu: Nörojenik ve non-nörojenik. İçinde: TÜYK Sınavı V. Hazırlık Kursu Yönetim Kurulu, editör. TÜYK sınavı V. hazırlık kursu ders notları kitabı. Ankara: 2008; 254-261.