



Enürezis Tanısı Alan Çocuklarda Sosyodemografik Faktörlerin Değerlendirilmesi

Evaluation of Sociodemographic Factors among Children with Enuresis

Gamze ÖZGÜRHAN, Betül SEZGİN, Meryem BENZER, Elif ÜNVER KORĞALI, Nedim SAMANCI

Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Bu çalışmada Çocuk Polikliniği'ne başvuran çocuklarda enürezisle ilişkili sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Enürezisli çocukların (n=131) aileleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler değerlendirildi. Olgular cinsiyet, başvuru yaşları, ailede enürezis öyküsü, eşlik eden hastalık, uyku derinliği ve tedavi yöntemi ile sosyoekonomik açıdan ailenin gelir düzeyine göre incelendi.

Bulgular: Olguların 86'sı (%65.6) erkek, 45'i (%34.4) kızdı. Başvuru yaşı açısından her iki cins arasında anlamlı bir fark yoktu. Otuz dört (%35.1) olguda ikincil enürezis mevcuttu. Olguların 23'ünün (%11.3) sadece annesinde, 37'sinin (%32.2) sadece babasında, yedisinin (%3.6) her iki ebeveynde, 44'ünün (%22.8) kardeşlerinde ve 67'sinin (%34.7) diğer akrabalarında pozitif enürezis öyküsü saptandı. Başvuru öncesi 22 olguya (%16.7) ilaçla tedavi, beş olguya (%3.8) ise su kısıtlama tedavisi uygulanmıştı. Eşlik eden hastalık açısından değerlendirildiğinde 4 (%3.05) olguda spina bifida, 15'inde (%11.4) konstipasyon, 31'inde (%23.7) geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ve 3'ünde (%2.2) vezikoureteral reflü saptandı.

Sonuç: Enürezisli çocuklarda eşlik edebilecek organik sorunlar nedeniyle her olgu sistematik biçimde değerlendirilmelidir. Ailelerin enürezisin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu konusunda bilgilendirilmesi, tanı alan olguların uygun yöntemlerle erken dönemde tedavi edilmesi önemlidir.

Anahtar sözcükler: Enürezis; sosyodemografik faktörler; tedavi.

Summary

Background: We aimed to evaluate the sociodemographic factors related to enuresis among children admitted to our outpatient Pediatrics clinic.

Methods: The data collected from the parents of 131 enuretic children were evaluated. The patients were evaluated regarding gender, age at admittance, family history of enuresis, accompanying illness, depth of sleep, treatment type, and the socioeconomic status of the family.

Results: Eighty-six patients (65.6%) were males and 45 (34.4%) were females. We could not determine any difference between two genders regarding the age at admittance. Thirty-four cases (35.1%) were found to have secondary enuresis. Positive maternal, paternal and parental history for enuresis was found among 23 (11.3%), 37 (32.2%) and 7 (3.6%) patients, respectively. Forty-four (22.8%) and 67 (34.7%) patients were found to have positive history for enuresis among siblings and relatives, respectively. Before admittance, 22 (16.7%) patients were found to be treated with a medication and 5 (3.8%) with water restriction. Regarding accompanying disease, 4 (3.05%) patients were found to have spina bifida, 15 (11.4%) constipation, 31 (23.7%) a history of urinary tract infection, and 3 (2.2%) vesicoureteral reflux.

Conclusion: Every child with enuresis should be systematically evaluated because of possible accompanying organic disorders. Education of the parents regarding the curable nature of the disease and the early treatment of newly diagnosed patients should be encouraged.

Key words: Enuresis; sociodemographic factors; treatment.

İletişim: Dr. Gamze Özgürhan.
Topkapı Merkez Evleri, 2. Etap, B2 Blok, Da: 58,
Zeytinburnu, İstanbul

Tel: 0212 - 664 53 55 / 5403

Başvuru tarihi: 13.05.2012

Kabul tarihi: 27.08.2012

e-posta: gamzeozgurhan@yahoo.com

Giriş

Enürezis beş yaşından büyük çocuklarda, istemli ya da istemsiz, en az ardışık üç ay süre ile gece ve/veya gündüz giysilere ya da yatağa idrar kaçırılması olarak tanımlanır.^[1] Amerikan Pediatri Akademisi tarafından önerilen ve genel olarak kabul edilen tanım ise gündüz ya da gece yatağını veya elbiselerini istemsiz olarak ıslatmaktır.^[2]

Enürezis tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk çağıının önemli ve sık görülen bir sağlık sorunudur.^[3,4] Görülme sıklığının dünyada %5-22 arasında olduğu bildirilirken, ülkemizde bu oranın %12.4-25.5 arasında olduğu saptanmıştır.^[4-6] Erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir.^[7,8] Çevresel, etnik ve sosyo-kültürel faktörlerin enürezis ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Erkek cinsiyet, ilk çocuk olma, ailede enürezis öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey ve uyanma güçlüğünün bulunması gibi faktörlerin enürezis oluşumunda önemi vurgulanmaktadır.^[4,9]

Bu çalışmada, çocuk polikliniğine başvuran 5-14 yaş arasındaki çocuklarda enürezis ile ilişkili sosyodemografik faktörlerin ortaya konulması ve değerlendirilmesi amaçlandı.

Hastalar ve Yöntem

Çalışmamızda hastanemiz çocuk polikliniğine başvuran, yaşları 5-14 yaş arasında değişen ve enürezis tanısı konulan 131 çocuk ve aileleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler ileriye dönük olarak değerlendirildi. Gece üriner kontrol hiç kazanmamış olanlar primer (birincil), en az birkaç ay gece kuru kaldıktan sonra enürezis başlayanlar sekonder (ikincil) enüretik olarak değerlendirildi. Çocuklara ait veriler anneleriyle yüz yüze yapılan görüşme yöntemi ile toplandı. Olgular cinsiyet, başvuru yaşları, aile bireylerinde enürezis öyküsü, eşlik eden hastalık, uyku derinliği (ailelerin ifadelerine göre uykudan kolay veya zor uyandırılabilirlik değerlendirilmiştir) ve uygulanan tedavi yöntemi açısından değerlendirildi. Olgular ayrıca sosyoekonomik açıdan ailenin gelir düzeyine göre asgari ücret baz alınarak incelendi. Veriler "SPSS for Windows 10.0" programında ki-kare testi ile değerlendirildi. P değeri 0.05'in altında olan değerler istatistik-

sel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 131 olgunun 86'sı (%65.6) erkek, 45'i (%34.4) kızdı. Kız çocukların başvuru yaş ortalaması 8.9±2.4 iken, erkek çocuklarınkı 8.7±2.3 olarak saptandı. Başvuru yaşı açısından her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktu.

Otuz dört (%35.1) olguda ikincil enürezis mevcuttu ve bu sorunun başlama yaşı 4.9±1.6 idi (Tablo 1).

Aile bireylerinde enürezis öyküsü değerlendirildiğinde 23'ünün (%11.3) sadece annesinde, 37'sinin (%32.2) sadece babasında, yedisinin (%3.6) her iki ebeveynde, 44'ünün (%22.8) kardeşlerinde ve 67'sinin (%34.7) diğer akrabalarında enürezis açısından pozitif aile hikayesi tespit edildi. Otuz dokuz (%29.8) olgunun uykusunun derinliği normal, 17 olgunun (%13) hafif, 75 olgunun (%57.2) ağırdı.

Olgularımızın 82'si (%62.6) asgari ücret ile geçinen işçi ailelerinin çocukları, 24'ü (%18.3) asgari ücretin üzerinde kazanan orta gelirli aile çocukları, 25'i (%19.1) ise gelir düzeyi asgari ücretin altında olan aile çocuklarıydı.

Yirmi iki olguya (%16.7) kliniğimize başvurmadan önce ilaçla tedavi (imipramin veya desmopresin teda-

Tablo 1. Birincil ve ikincil enürezis nokturna ile ilişkili değişkenler

	Birincil	İkincil	p
Kız	34	11	p=0.83
Erkek	63	23	
Gece idrar kaçırma	73	22	p=0.16
Gündüz idrar kaçırma	20	12	
Gece ve gündüz idrar kaçırma	1	0	
Kabızlık	12	3	p=0.75
Enkoprezis	8	6	
Ağır uyku	59	16	
Üriner enfeksiyon	22	9	
Annede (+) öykü	17	6	p=0.99
Babada (+) öykü	27	10	
Anne ve babada (+) öykü	5	2	
Kardeşte (+) öykü	33	11	
Diğer akrabalarda (+) öykü	48	19	
Gelir düzeyi iyi	21	3	
Gelir düzeyi orta	60	22	
Gelir düzeyi kötü	16	9	

visi), beş olguya (%3.8) ise su kısıtlama tedavisi uygulanmıştı. Eşlik eden hastalık açısından değerlendirmede 4 (%3.05) olguda spina bifida, 15 (%11.4) olguda konstipasyon, 31 (%23.7) olguda geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ve 3 olguda (%2.2) vesikoureteral reflü saptandı.

Tartışma

Enürezis tüm dünyada ve ülkemizde çocukluk çağının önemli ve sık görülen bir sağlık sorunudur.^[4] Hastalık çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz etkilerken, özgüven gelişimini ve sosyalleşmesini engelleyebilmektedir.^[10] Bunların yanında enürezisin erişkin yaşta psikolojik ve davranışsal bozukluk, idrar ve fekal inkontinans riskini artırdığı bildirilmektedir.^[11-13] Bu nedenlerle çocukluk çağında enürezisin dikkatle ele alınması ve risk faktörlerinin yeterli şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda enürezis görülme sıklığının erkeklerde kızlara oranla 1.5-2 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir.^[14,15] Ergenlik döneminde cinsiyet yönünden sıklık eşitlenir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, olguların çoğunu erkek çocuklar oluşturmaktaydı. Bahalı ve ark.^[16] yaptıkları çalışmada enürezisin erkeklerde görülme sıklığını %60 olarak bildirirken, Yıldız ve ark.nın^[17] çalışmasında bu oran %60.3 olarak saptanmıştır. Erkek çocuklarda olgunlaşmanın daha geç olması, gelişme geriliklerine daha sık rastlanması ve erkek çocukların tuvalet eğitimine daha zor uyum göstermeleri gibi nedenlere bağlı olarak enürezisin daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^[1,18]

Dallar ve ark.nın^[10] enürezisli çocukların özelliklerini değerlendirdikleri çalışmasında ortalama başvuru yaşının 8 ± 2.5 yaş olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada olguların büyük bir çoğunluğunun 5-10 yaş arasındaki çocuklardan oluştuğu saptanmıştır. Biz de çalışmamızda literatürle benzer olarak kız çocukların başvuru yaş ortalamasını 8.9 ± 2.4 yıl, erkek çocukları ise 8.7 ± 2.3 yıl olarak saptadık.

Yapılan araştırmalar enürezisli çocukların %75-90'ının birincil enürezis grubunda olduğunu göstermektedir.^[1,17] Yurtçu ve ark.nın^[1] çalışmasında birincil ve ikincil enürezis sıklığı %78.1 ve %21.9 olarak saptanmışken, Yıldız ve ark.^[17] birincil enürezis sıklığını %85.2, ikincil enürezis sıklığını ise %14.2 olarak bildirmişlerdir. Biz de literatürle uyumlu olarak olgularımızın %64.9'unun birincil enürezis grubunda olduğunu tespit ettik.

Hastalığın etiolojisi üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda enüreziste ailesel bir yatkınlık olabileceği görüşü ağırlık kazanmaktadır. Anne ve babanın birinde enürezis varlığında çocukta hastalık oluşma riski %43 iken, ebeveynlerin her ikisinde de enürezis öyküsü varlığında risk %77'ye yükselmektedir.^[19,20] Enürezise eğilim yaratan genlerin 8q, 12q ve 13q kromozomları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^[3,10] Enüretik çocukların %75'inin birinci dereceden akrabalarında halen ya da geçmişte enürezis olduğu bildirilmiştir.^[3] Çalışmamıza alınan olgularımızın %88.5'inin aile öyküsünde enürezis olduğunu saptamamız literatür verilerini destekler nitelikteydi.

Enürezis oluşumunda suçlanan diğer risk faktörlerinden birisi de uyku bozukluklarıdır.^[4,10] Enüretik çocukların ileri derecede derin uykuları olduğuna inanılmakla birlikte, uyku elektroensefalografisi çalışmaları, bu çocuklarda uykunun temel yapısı ile ilgili herhangi bir anormalliğin olmadığını göstermiştir.^[20] Biz de çalışmamızda olgularımızın %57.2'sinin uykusunun derin olduğu tespit ettik. Dallar ve ark.nın^[10] yaptıkları çalışmada aileler özellikle geç saatte uyumaya başlayan çocuklarının uykularının çok derin olduğunu ve uyandırmakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgular, ebeveynlerin problemin daha çok çocuğun derin uykusundan kaynaklandığına inandıklarını göstermektedir.

Enürezisli çocuklar ve ailelerinin incelendikleri bir çalışmada ailelerin %67'sinin asgari ücret aldığı ve bu değer yoksulluk sınırının altında olduğu bildirilmiştir.^[10] Enürezisin daha çok düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında görüldüğü diğer bazı çalışmalarda da bildirilmektedir.^[16,21] Bizim çalışmamızda olgularımızın %81.7'sinin asgari ücret ile geçinen veya altında geliri olan ailelerinin çocukları olması bu görüşü desteklemekte idi.

Enürezisli çocuklara eşlik eden üriner sistem anormalliklerinin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada %28.8 oranında enürezise bir üriner sistem hastalığının eşlik ettiği, %90.6 olgu ile ilk sırayı üriner sistem enfeksiyonlarının aldığı bildirilmiştir.^[22] Yine enürezis nokturna tanısı alan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite sendromunun birlikteliğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^[23,24] Bizim olgularımızda da eşlik eden hastalıklar incelendiğinde en sık geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu tespit ettik. Konstipasyon mesane kasılmalarını inhibe ederek üriner enfeksiyon ve vezikoureteral reflüye yol açabilmektedir. Enürezisli çocuklarda sistemik değerlendirmede klinik tabloya

eşlik edebilecek bu durumlar dikkatle sorgulanmalıdır.

Enürezis tedavi edilmediği takdirde sosyal ve psikolojik sorunlara neden olabilmektedir.^[16] Buna rağmen enürezis tedavisi genellikle göz ardı edilmektedir. Dallar ve ark.nın^[10] çalışmasında ailelerin %9.3'ünün ilacın yan etkileri olabileceği endişesiyle ilaç başlamaya olumsuz yaklaştıkları saptanmıştır. Biz de çalışmamızda olguların %83.2'sinin daha önce hiçbir tedavi almadığını tespit ettik. Yapılan çalışma sonuçları ailelerin %70-80 oranında enürezisi kabullenip çocuklarını tedavi amacı ile hekime götürmedikleri yönündedir.^[1] Bu yüksek oran ailelerin enürezisi ayıplanma korkusu ile saklama eğilimine, kendilerinde de bu durumun daha önce olması ve kendiliğinden düzelmiş olması nedeni ile önemsememelerine ve uygulanan ilaçların kısırlığa yol açacağı gibi yanlış inançlara bağlanabilir.^[1,25]

Çocukluk çağıının sık rastlanan sorunlarından biri olan enürezisin, çocuğun psikolojik olarak olumsuz biçimde etkilenmesini önlemek ve hayat kalitesini yükseltmek için erken tanı ve tedavisi önem taşımaktadır. Sıklıkla 5-10 yaşta ve erkeklerde karşımıza çıkan ve altta yatan idrar yolu enfeksiyonu, konstipasyon, veziköüretal reflü, spina bifida gibi organik sorunların olabileceği enüreziste her olgu sistematik biçimde dikkatlice değerlendirilmelidir. Ailelerin enürezisin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu konusunda bilgilendirilmesi, gizli kalan olguların belirlenmesi için saha ve okul taramalarının yapılması, tanı alan olguların uygun yöntemlerle tedavi edilmesi önemlidir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Yurtcu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin TK, Günel E. Sağlık ve enüretik çocuklarda idrar tutabilme yaşlarının araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(1):41-9.
2. Bosson S, Lyth N. Nocturnal enuresis. Clinical Evidence 2001;5:268-73.
3. Bodur Ş, Soysal AŞ. Enürezis nokturna: Yalnızca bir tuvalet eğitimi sorunu mu? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2005;14(7):165-8.
4. Canbulat N, Yıldız S. Enüreziste güncel bilgiler. Güncel Pediatri Dergisi 2009;7(2):83-9.
5. Gür E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Güzelöz S, et al. Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey. *Pediatr Int* 2004;46(1):58-63. [CrossRef]
6. Erdogan A, Akkurt H, Boettjer NK, Yurtseven E, Can G, Kiran S. Prevalence and behavioural correlates of enuresis in young children. *J Paediatr Child Health* 2008;44(5):297-301. [CrossRef]
7. Safarinejad MR. Prevalence of nocturnal enuresis, risk factors, associated familial factors and urinary pathology among

- school children in Iran. *J Pediatr Urol* 2007;3(6):443-52.
8. Kalo BB, Bella H. Enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. *Acta Paediatr* 1996;85(10):1217-22. [CrossRef]
9. Pashapour N, Golmammadlou S, Mahmoodzadeh H. Nocturnal enuresis and its treatment among primary-school children in Oromieh, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2008;14(2):376-80.
10. Dallar Y, Çelikel Acar B, Kahvecioğlu D, Arıkan İF. The socio-demographic characteristics of enuresis nocturna in childhood. *Medical Journal of Bakırköy* 2009;5(3):92-5.
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye. s. 27.
12. Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(8):453-8. [CrossRef]
13. Gurbuz A, Karateke A, Kabaca C. Enuresis in childhood, and urinary and fecal incontinence in adult life: do they share a common cause? *BJU Int* 2005;95(7):1058-62. [CrossRef]
14. Neyzi O, Ertuğrul T. Çocukluk ve adolesan dönemde uyum ve davranış sorunları. İçinde: *Pediatri*. Neyzi O, Cantez T, Öneroğlu R, editörler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s. 1420-1.
15. Chiozza ML, Bernardinelli L, Caione P, Del Gado R, Ferrara P, Giorgi PL, et al. An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. *Br J Urol* 1998;81:86-9. [CrossRef]
16. Bahalı MK, Tahiroğlu AY, Güzel E, Avcı A. Enürezisli çocukların sosyodemografik özellikleri ve tedavi yaklaşımları. *Yeni Symposium* 2005;43:97-100.
17. Yıldız M, Yakıncı C, Boztepe AV, Ekmekçi H. Malatya ilinde enüretik çocukların demografik özellikleri ve ailesel geçiş. *Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Dergisi* 1997;4(2):92-6.
18. Toros F, Avlan D, Çamdeviren H. Enüretik çocukların psikososyal değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatrisi Dergisi* 2003;4:38-45.
19. von Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eiberg H, Rittig S. The genetics of enuresis: a review. *J Urol* 2001;166(6):2438-43. [CrossRef]
20. Nevés T, Läckgren G, Tuvemo T, Hetta J, Hjälmsås K, Stenberg A. Enuresis-background and treatment. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2000;(206):1-44. [CrossRef]
21. Erbay Dünder P, Ergin D, Kurses M, Hekimoglu CH, Nebi S, Buga S, et al. Enuresis nocturna: Prevalence and related factors in 5-16 years old children in a shanty area of Manisa. [Article in Turkish] *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;21(2):89-95.
22. Demirören K, Özel A, Demirören S. Enürezisli çocuklarda üriner sistem anormallikleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2006;20(2):133-8.
23. Baeyens D, Roeyers H, Hoebeke P, Verté S, Van Hoecke E, Walle JV. Attention deficit/hyperactivity disorder in children with nocturnal enuresis. *J Urol* 2004;171(6 Pt 2):2576-9.
24. Robson WL, Jackson HP, Blackhurst D, Leung AK. Enuresis in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *South Med J* 1997;90(5):503-5. [CrossRef]
25. Oğraş MS. Elazığ ilinde enürezis nokturnalı erkek çocuklarda ailelerin tedavi ile ilgili yanlış inanışları ve düzelme beklentileri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2010;24(3):155-9.