



BÖLÜM 43

Dışa Atım Bozuklukları

Sevde TAŞCI¹

GİRİŞ

Dışa atım bozuklukları, çocuğun yaşına veya gelişim düzeyine göre beklenen mesane ve bağırsak kontrolünün sağlanamamasıdır. Enürezis ve enkoprezis olarak adlandırılan bu bozukluklar çocuk ve aile için belirgin psikososyal zorluk oluşturmaktadır.

ENÜREZİS

DSM-5'te enürezis 5 yaşından büyük çocukların üç ay boyunca haftada en az iki kez gece yatağına veya gündüz elbiselerine idrar kaçırmaları olarak tanımlanmıştır. Bu durumun maddeye (diüretik, antipsikotik ilaç gibi) veya başka bir hastalığa (diyabet, spina bifida gibi) bağlı olmaması gerektiği de belirtilmiştir. Yine DSM-5'te noktürnal (sadece gece), diürnal (gündüz uyanık olduğu zaman) ve kombine hem noktürnal hem de diürnal olarak 3 alt tipe ayrılmıştır (1). Dünya çapında kabul görmüş olan ICCS (International Children's Continence Society) ise enürezisi birkaç farklı alt grupta incelemiştir. Bunlardan ilki aralıklı veya devamlı idrar kaçırmadır. Devamlı idrar kaçırmaya (conti-

nous incontinence) anatomik veya nörolojik sorunlar sebebiyle gece gündüz devamlı olarak idrar kaçırmaya davranışının görülmesidir. Aralıklı idrar kaçırmaya (intermittent incontinence) ise 5 yaş üstü çocuklarda görülen istemsiz ara ara olan idrar kaçırmaya davranışdır. Gündüz oluyorsa gündüz idrar kaçırmaya (daytime incontinence) gece olursa enürezis olarak adlandırmaktadır. Yani ICSS tanı sisteminde enürezis noktürnal enürezis ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Diğer bir alt grup ise birincil (primer) ve ikincil (sekonder) enürezistir. Birincil enürezis çocuğun doğuştan itibaren aralıksız 6 ay boyunca kuru kaldığı bir dönemin olmamasıdır. İkincil enürezis ise 6 ay veya daha uzun bir kuru dönem sonrası tekrar idrar kaçırmaya davranışının görülmesidir. Klinik olarak önem arz eden diğer bir alt grup ise monosemptomatik ve monosemptomatik olmayan enürezistir. Monosemptomatik olmayan enüreziste şu belirtilerden herhangi biri eşlik eder; gündüz idrar kaçırmaya, ani sıkışma hissi, idrar yapma güçlüğü, idrar çıkma sıklığında anormallikler (gün içinde <4 veya >7) (2). ICCS tanı sistemine göre olan inkontinans alt grupları şekil-1'de özetlenmiştir.

¹ Uzm. Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, ylmz.sevde@gmail.com

Tablo 2. Enkoprezis Tedavisi

Yöntem	Doz
Boşaltım (disimpaksiyon) tedavisi	
Oral	
Polietilenglikol solüsyonu	100 ml/kg (max 4 L)
Rektal lavman	
Fosfat	>2 yaş:6ml/kg (max 135 ml)
İdame Tedavi	
Polietilenglikol solüsyonu	1g/kg
Bisakodil	3-12 yaş: 5 mg/gün >12 yaş :5-15 mg/gün
Sena prepatı	2-5 yaş: 2,5-7,5 ml 6-12 yaş: 5-15 ml
Laktoz/laktitol	1-3 ml/kg/gün

la ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (36) (37). En sık birliktelik gösterdiği psikiyatrik bozukluk ise DEHB'dir (37). Bu sebeple tedavi planı oluştururken eşlik eden komorbid bozuklukların belirlenmesi önem taşımaktadır. Birkaç vaka serisinde DEHB komorditesi olan enkoprezis vakalarında metilfenidat veya atomoksetin tedavilerinin DEHB'nin yanı sıra enkoprezis tedavisinde de fayda sağladığı gösterilmiştir (38,39).

SONUÇ

Dışa atım bozuklukları çocukluk çağıında sık rastlanılan ve tedavi edilebilen bozukluklardır. Altta yatan organik bir sebepten şüphelenildiğinde ileri araştırma yapılması gerekmektedir. Enürezisin farmakolojik tedavisinde ilk adım dezmpresindir. Antikolinerik ilaçlar ve imipramin de dezmpresinle birlikte veya yalnız kullanılabilir. Enkoprezisin en çok görülen şekli kabızlığın eşlik ettiği taşma tipi inkontinanstır. Enkoprezisin medikal tedavisinde amaç ilk olarak bağırsakların boşaltılması sonrasında ise bağırsak hareketlerinin artırıp ve dışkı kıvamını yumuşatılmasıdır. Dışa atım bozukluğu olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk görülme oranları da yüksektir. Bu sebeple komorbid bozuklukların sorgulanıp eş zamanlı olarak tedavilerinin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM 5). Washington, D.C; 2013.
2. Austin PF, Bauer SB, Bower W, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2016 Apr 1;35(4):471–81.
3. Summary of the Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Enuresis. 43:123–5. Available from: www.aacap.org
4. Nevéus T. Nocturnal enuresis-theoretic background and practical guidelines. Vol. 26, *Pediatric Nephrology*. 2011. p. 1207–14.
5. Kuwertz-Bröking E, von Gontard A. Clinical management of nocturnal enuresis. *Pediatric Nephrology*. 2018 Jul 1;33(7):1145–54.
6. Palm C, Gross P. V2-vasopressin receptor antagonists-mechanism of effect and clinical implications in hyponatraemia. Vol. 14, *Nephrol Dial Transplant*. 1999.
7. Nevéus T, Fonseca E, Franco I et al. Management and treatment of nocturnal enuresis—an updated standardization document from the International Children's Continence Society. Vol. 16, *Journal of Pediatric Urology*. Elsevier Ltd; 2020. p. 10–9.
8. Glazener CMA, Evans JHC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. Vol. 2010, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2002.
9. Chua ME, Silangcruz JM, Chang SJ, et al. Desmopressin Withdrawal Strategy for Pediatric Enuresis: A Meta-analysis. Vol. 138, *REVIEW ARTICLE PEDIATRICS*. 2016.
10. Nevéus T. The Dilemmas of Refractory Nocturnal Enuresis. Vol. 179, *Journal of Urology*. 2008. p. 817–8.

11. Van Arendonk KJ, Austin JC, Boyt MA, et al. Frequency of wetting is predictive of response to anticholinergic treatment in children with overactive bladder. *Urology*. 2006 May;67(5):1049–53.
12. Von Gontard A. Diagnose und Behandlung der Enuresis und der funktionellen Harninkontinenz tagsüber. Vol. 116, *Deutsches Arzteblatt International*. Deutscher Arzte-Verlag GmbH; 2019. p. 279–85.
13. Blais AS, Bergeron M, Nadeau G, et al. Anticholinergic use in children: Persistence and patterns of therapy. *Journal of the Canadian Urological Association*. 2016 Apr 1;10(3-4April):137–40.
14. Acar O, Uluocak N. Current Medical Treatment Options for Enuresis Nocturna. *Türk Üroloji Seminerleri/ Turkish Urology Seminars*. 2011 Feb 1;2(2):45–9.
15. Gepertz S, Nevés T. Imipramine for therapy resistant enuresis: A retrospective evaluation. In: *Journal of Urology*. Elsevier Inc.; 2004. p. 2607–10.
16. Caldwell PHY, Sureshkumar P, Wong WCF. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. Vol. 2016, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2016.
17. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, et al. Nocturnal enuresis: An international evidence based management strategy. In: *Journal of Urology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p. 2545–61.
18. Walker RA. Nocturnal Enuresis. Vol. 46, *Primary Care - Clinics in Office Practice*. W.B. Saunders; 2019. p. 243–8.
19. Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. Evaluation of and Treatment for Monosymptomatic Enuresis: A Standardization Document From the International Children's Continence Society. Vol. 183, *Journal of Urology*. 2010. p. 441–7.
20. Lundmark E, Stenberg A, Hägglöf B, et al. Reboxetine in therapy-resistant enuresis: A randomized placebo-controlled study. *J Pediatr Urol*. 2016 Dec 1;12(6):397.e1–397.e5.
21. Blais AS, Nadeau G, Moore K, et al. Prospective Pilot Study of Mirabegron in Pediatric Patients with Overactive Bladder. *Eur Urol*. 2016 Jul 1;70(1):9–13.
22. Shatkin JP. Case Report Atomoxetine for the Treatment of Pediatric Nocturnal Enuresis. Vol. 14, *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. mary ann liebert, inc. pp; 2004.
23. Sumner CR, Schuh KJ, Sutton VK, et al. Placebo-Controlled Study of the Effects of Atomoxetine on Bladder Control in Children With Nocturnal Enuresis.
24. Houts AC, Berman JS, Abramson H. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(4):737.
25. Bahali K, Ipek H, Uneri OS. Methylphenidate and atomoxetine for treatment of nocturnal enuresis in a child with attention-deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(10):649.
26. Robaey P. Commentary: enuresis and ADHD in older children and an adolescent treated with stimulant medication: a case series. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;20(1):56.
27. Türkoglu S, Bilgiç A, Uzun N. Effectiveness of atomoxetine in the treatment of children with encopresis. *J Clin Psychopharmacol*. 2015;35(5):622–3.
28. Van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA. The prevalence of encopresis in a multicultural population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;40(3):345–8.
29. Loening-Baucke V. Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. *Pediatrics*. 1995;96(1):105–10.
30. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Review article: Faecal incontinence in children: Epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation and management. Vol. 37, *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2013. p. 37–48.
31. Baroud E, Zar-Kessler C, Bender S. A Child Psychiatry Perspective on Encopresis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Elsevier Inc.; 2022.
32. Di Lorenzo C, Benninga MA. Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126:S33–40.
33. Har AF, Croffie JM. Encopresis .*Pediatrics in Review* Vol.31 No.9 September 2010
34. Loening-Baucke V. Encopresis. *Curr Opin Pediatr* 2002;14:570-575.
35. Özen H. Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçıırma. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:135-142.
36. Joinson C, Heron J, Butler U, et al. Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*. 2006 May;117(5):1575–84.
37. Çoban ÖG, Önder A, Adamır AS. Psychiatric comorbidities of children with elimination disorders. *Archives de Pédiatrie*. 2021;28(1):59–63.
38. Yektaş Ç, Cansız MA, Tufan AE. Increased frequency of encopresis in a child diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder and encopresis after atomoxetine use: A case report. *Clin Neuropharmacol*. 2016 Jul 1;39(4):212–3.
39. Yılmaz S, Akça ÖF. Effectiveness of methylphenidate in the treatment of encopresis whether or not attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms are present. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013;23(9):632–3.