

# ÇOCUKLARDA NÖROJEN KAYNAKLI OLMAYAN ÜRİNER İNKONTİNANS

## 31. BÖLÜM

Elif Altınay KIRLI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Üriner inkontinans çocuk ürolojisi pratiğinde sık rastlanan tıbbi ve sosyal bir sorundur. Okul çağı çocuklarının %20'si ürinerin kontinans nedeni ile değerlendirilir <sup>(1)</sup>. Çocukların büyük kısmında sorun fonksiyonel mesane patolojileri ile ilişkilidir ancak konjenital, anatomik veya nörolojik anomaliler de üriner inkontinansa neden olabilir.

Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği (International Children's Continence Society) tarafından fonksiyonel mesane patolojilerinin gündüz bulgu veren alt üriner sistem sorunları olarak tek başlıkta toplanması bu patolojilerin sistemik olarak daha kolay değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır <sup>(2)</sup>. Tek bulgu olarak gece idrar kaçırma öyküsünün varlığı 'mono semptomatik nokturnal enüresis' olarak adlandırılır ve farklı bir sorun olarak değerlendirilir. Gündüz ve gece idrar kaçırmasının bir arada olduğu durumlar ise 'non-mono semptomatik nokturnal enüresis' olarak adlandırılır <sup>(3)</sup>.

Çocuklarda üriner kontinans çoğunlukla 5 yaşına kadar sağlanır. Beş yaşından sonra idrar kaçırmanın devam etmesi, sıkışma, sık idrara çıkma, zayıf idrar akımı veya idrar yolu enfeksiyonu öyküsünün varlığı altta yatan alt üriner sistem ile ilişkili bir sorunun olabileceğini düşündürür <sup>(3)</sup>.

Alt üriner sistem ile ilişkili sorunlar dolum, boşaltım fazını veya her ikisini birlikte etkileyebilir. Genel olarak aşırı aktif mesane veya disfonksiyonel işeme olmak üzere 2 ana grupta değerlendirilir. Ayrı patolojiler olarak karşımıza çıkabileceği gibi biri diğerinin nedeni de olabilir. Konstipasyon klinik sorunun bir parçası sayılmalıdır. Mesane barsak disfonksiyonu terimi defekasyon problemlerinin eşlik ettiği mesane disfonksiyonlarını tanımlamak için kullanılır <sup>(2,3)</sup>.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Çocuk Ürolojisi Uzmanı, Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Ürolojisi Kliniği, dr.elif@gmail.com  
ORCID iD: 0000-0003-1010-1529

değil; ileri dönemde idrar yolu enfeksiyonu ve mesane içi basıncının yüksekliği ile ilişkili parankimal böbrek sorunlarının önlenmesi için bir zorunluluktur.

## KAYNAKÇA

1. Tuğtepe H. Nöropatik olmayan mesane disfonksiyonları ve tedavi yaklaşımları. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*. 2016; 30:583-592. Doi:10.5222/JTAPS.2016.583
2. Chang SJ, Laecke EV, Bauer SB, et al. Treatment of daytime urinary incontinence: a standardization document from the International Children's Continence Society. *Neurourol Urodynam*. 2017;36:43-50.
3. Radmayr C, Bogaert G, Dogan HS, et al. EUA/ESPU guidelines on Paediatric Urology. 2020. Day-time lower urinary tract conditions. Pp39-58.
4. Wang Y, Hassouna MM. Neuromodulation reduces C-fos gene expression in spinalized rats: a double blind randomized study. *J Urol*. 200; 163: 1966-70.
5. Dasgupta R, Critchley HD, Dolan RJ, et al. Changes in brain activity following sacral neuromodulation for urinary retention. *J Urol* 2005;174:2268-72.
6. Franco, I. Overactive bladder in children. Part 1: Pathophysiology. *J Urol*, 2007. 178: 761.
7. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32:920-924.
8. Groen, L.A., Hoebeke P, Loret N., et al. Sacral neuromodulation with an implantable pulse generator in children with lower urinary tract symptoms: 15-year experience. *J Urol*, 2012. 188: 1313.
9. Neveus, T., von Gontard A., Hoebeke P., et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*, 2006. 176: 314.
10. Lackgren, G., Hjalmas K., Van Gool J., et al. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. *Acta Paediatr*, 1999. 88:679.
11. Maerzheuser, S., Jenetzky E, Zwink N., et al. German network for congenital uro-rectal malformations: first evaluation and interpretation of postoperative urological complications in anorectal malformations. *Pediatr Surg Int*, 2011. 27: 1085.
12. Neveus, T., Lackgren G, Tuvemo T., et al. Enuresis--background and treatment. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 2000: 1.
13. Caldwell, P.H., Nankivell G., Sureshkumar P., et al. Simple behavioural interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. 7: CD003637.
14. Glazener, C.M., Evans JH., Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005:CD002911.
15. Hjalmas, K., Arnold T, Bower W., et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol*, 2004. 171:2545.
16. Dehoorne, J.L., Raes AM., Van Laecke E., et al. Desmopressin toxicity due to prolonged half-life in 18 patients with nocturnal enuresis. *J Urol*, 2006. 176: 754.
17. Glazener, C.M., Evans CH., et al. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002:CD002112.
18. Gokce, M.I., Hacıyev P, Suer E., et al. Does structured withdrawal of desmopressin improve relapse rates in patients with monosymptomatic enuresis? *J Urol*, 2014. 192: 530.
19. Franco I, VonGontard A, DE Gennaro M, et al. Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: a standardization document from the international children's continence Society. *J Pediatr Urol* 2013;9:234-43.
20. Gumus B, Vurgun N, Lekiki M, et al. Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 years in Turkey. *Acta Paediatr* 1999;88:1369-72.
21. Neveus T, Eggert P, Evans, et al. Evaluation of and treatment for mono-symptomatic enuresis: a standardization document from the international Children's Continence Society. *J Urol* 2010;183:441-7.