

# Enürezis ve Enkoprezis

DSM IV tanı sistemine göre enürezis için tanı ölçütleri :

1. Yatağa ya da giysilere yineleyici idrar kaçırma (istemsiz ya da amaçlı olarak)
2. En az ardışık üç ay , haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkta olması ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntı doğurması ya da toplumsal , okulda ( mesleki ) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma yapması .
3. Takvim yaşının en az beş olması ( ya da eşdeğer bir gelişim düzeyi ).ICD 10'da bu sınır 4 yaş olarak belirlenmiştir .
4. Bu davranış sadece bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir .

Yalnızca gündüz uyanırken idrar kaçırma enürezis diurnal (ED), yalnızca gece uykusu sırasında olan idrar kaçırma enürezis nokturnal (EN) olarak isimlendirilir. Enürezis kontinuum (EK) terimi ise hem gece hem gündüz idrar kaçıran çocuklar için kullanılır .

Enürezis nokturna sorunun başlangıç biçimi ve seyrine göre birincil EN (primer) ve ikincil EN (sekonder) olarak iki gruba ayrılır . Primer EN sorun bebeklikten beri süregelen bir sorundur . Tüm olguların yaklaşık % 90'ını oluşturan bu grupta daha çok genetik yatkınlık , biyolojik ve gelişimsel etkenler sorumlu tutulmuştur . En az bir yıllık mesane kontrolü öyküsü olan ikincil EN en sık 5-8 yaşlarında görülür ve bu grupta daha çok psikolojik etkenlerin sorunu başlattığı ileri sürülmüştür. Ancak bu nedensel ilişkilerin her iki grup için de geçerli olabileceğini unutmamak gerekir .\*\*\*

## EPİDEMİYOLOJİ :

EN hem gelişmiş hem de ilkel toplumlarda oldukça yaygın bir sorundur . Ancak psikososyal açıdan uygunsuz koşullarda yaşayanlarda daha sık rastlandığı saptanmıştır. Bu çocukların çoğu 5-7 yaş arasındadır. Değişik yayınlarda 5 yaşındaki çocukların %10-20'sinin enüretik olduğu 15 yaşında ise bu oranın %1-2'ye düştüğü bulunmuştur. İskandinav ülkelerinde yapılan bir çalışmada enüretik çocukların 56.4'ü EN, %18'i ED, %16'sı da EK tanısı almıştır. Aynı çalışmada 1. derece akrabalarda enürezis olduğunda çocuklar için riskin 5-7 kat arttığı saptanmıştır. EN tanısı alan çocukların spontan remisyon oranları yılda %5-10 civarında bulunmuştur. EN ülkemizde çocuk psikiyatrisi kliniklerine yapılan başvuruların en sık nedenlerinden biri olup, başvurma yaşları ortalama 8'dir. Bu çocukların %63.5'inin erkek,

%36.5'inin kız olduğu, %83.8'inin birincil EN %16.2'sinin ise ikincil enürezis tanısı aldıkları saptanmıştır.

## ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

### **Biyolojik Etkenler:**

#### ***Ailede EN:***

EN tanısı çocukların %70-75'inin 1.derece akrabalarının da eskiden enüretik oldukları anlaşılmıştır. 3206 çocuğun incelendiği İskandinavya araştırmasında, anne enüretik ise çocukta EN ortaya çıkma riskinin 5.2 kat, baba enüretik ise aynı olasılığın 7.1 kat arttığı bulunmuştur. Ancak bu bulguları yalnızca genetik yatkınlık ile açıklamak yanıltıcı olabilir. Ana-babada EN olması, genetik yatkınlığının yanında o evdeki tuvalet eğitimi ve sorunun ele alınış şeklini etkiliyor olabilir. 400 ailenin incelendiği genetik geçişi daha iyi gösterebilen bir çalışmada birincil EN'lı 11 ailede yaklaşık %90 oranında otozomal dominant bir geçişin olduğu ve hastalığın 13-q14.3 kromozom lokasyonları ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür.

#### ***İkiz Çalışmaları:***

Genetik etkiyi daha iyi anlayabilmek için yapılan ikiz çalışmalarında monozigot ikizlerde %68 eş-hastalanma oranı, dizigot ikizlerde ise %6 eş-hastalanma oranı bulunmuştur. Buradan yola çıkarak EN için bir genetik yatkınlıktan söz edilebilir ancak bu yatkınlığın tek belirleyici olarak değerlendirilmemesi gerekir.

#### ***Mesane Fizyolojisi İle İlgili Sorunlar:***

Enüretik çocuklarda işlevsel mesane kapasitesinin daha düşük olduğu ve internal sfinkterin tam olarak işlev görmesinin normalde en geç 6 yaşında tamamlanmasına karşın enüretiklerde bu sürenin uzadığı bildirilmiştir. Mesane anatomisi ve fizyolojisi ile psikiyatrik belirtilerini birlikte araştıran bir çalışmada beklenenin tersine psikiyatrik belirtileri olanlarda işlevsel mesane hacmi de düşük bulunmuştur. Bu bulgu enüretik çocuklardaki gelişimsel sorunların hem biyolojik hem de duygusal bileşeni olabileceğini düşündürmektedir.

#### ***Gelişimsel sorunlar:***

Enüretik çocuklarda hem motor hem de dil gelişiminde gecikme olduğu saptanmıştır. Ayrıca kemik yaşında gecikme, pubertenin gecikmesi ve koordinasyon sorunları gibi minör nörolojik belirtiler de görülmektedir. Gelişimsel gecikme kuramı hem enürezisi hem de bu hastalıkta görülen psikiyatrik belirtilerin sıklığını açıklayabilir.

### ***Uyku Çalışmaları:***

Yapılan çalışmalarda uykudaki işeme refleksinin santral inhibisyonunda gelişimsel bir sorun olabileceği ileri sürülmüş ve daha önce sanılanın aksine EN'nın uykunun her döneminde ortaya çıkabildiği görülmüştür.

### ***Hormonal Etkenler:***

Erişkinler geceleri gündüze göre yaklaşık 2-3 kat daha az idrar üretirken yenidoğanda böyle bir fark olmadığı saptanmıştır. ADH salınımının geceleri artması ile açıklanan bu değişimin 3 yaş civarında tamamlandığı bildirilmiştir. Enüretik çocuklarda bu değişimin tamamlanamadığı ve bu nedenle gece üretilen idrar miktarının azalmadığı ileri sürülmüştür.

### **Psikososyal Etkenler:**

#### *Tuvalet Eğitimi:*

Uygun olmayan tuvalet eğitimi EN'ya zemin hazırlar. Tuvalet eğitimine erken başladığında yaşanan güçlükler, daha sonra bu konuda ortaya çıkabilecek inatlaşmaların nedeni olabilir. Sorun gelişimsel açıdan bebeğin sfinkter tonusunu denetlemesinin olanaksız olduğu bir dönemde tuvalet eğitimine başlanmasıdır. Titiz annelerin izlediği bu yöntemde anne başarısız oldukça sorunun üstüne daha çok gider, daha sonra bilinç dışı bir motivasyon ile istemli olarak idrar kaçıran özellikle de ED tanısı alan çocuklarda görülen bu belirti "karşı gelme karşı olma bozukluğunun" bir parçası olarak değerlendirilebilir. Tuvalet eğitimi için en uygun zaman çocuğun sfinkterleri üzerinde denetimini kazanmaya başladığı 1.5 yaş civarındır. Bu dönemde çocuk tuvalete uygun aralıklarla götürülür ve tuvaletini uygun yere yapması desteklenir. Başlangıçtaki kazaların sert bir biçimde eleştirilmesi erken tuvalet eğitimine benzer şekilde çocuğun bu konudaki duyarlılığını arttırabilir. Tuvalet eğitimine 2.5 yaşından sonra başlanması da EN için zemin hazırlayabilir. Çocuğun sfinkterleri üzerinde denetimi olmasına karşın uygun tuvalet alışkanlığının öğretilmemesi göreceli olarak tuvaletini bezine yapmasının pekiştirilmesi anlamına gelir. Bir çalışmada tuvalet eğitimine 20. aydan önce başlanan 6-8 yaşlarındaki çocuklarda EN oranı %5'te kalırken aynı oran tuvalet eğitimine daha geç başlanan çocuklarda %20 olarak bulunmuştur.

#### *Zorlu Yaşam Olayları:*

Aile düzenindeki önemli değişiklikler ve kayıplar gibi zorlu yaşam olayları özellikle ikincil EN'da nedensel açıdan önem taşırlar. Burada bir ara değişkenle çocuğun üstüne fazla düşmesi

ya da geceleri aynı yatakta yatarak onu bebeksileştirmesidir. Yeni bir kardeşin doğumu da EN'yı başlatabilir. Bu durumda tahtından inen çocuğun ana babasından aynı ilgiyi görebilmek için bilinç dışı olarak kardeşi ile benzer bir düzeye gerilediği söylenebilir. Zorlu yaşam olayları yalnız ikincil enürezise neden olmakla kalmaz birincil EN'nın da belirtilerinin sürmesine neden olabilir. Medikal olmayan tedavilere her iki alt grubun benzer oranda yanıt vermesi bu görüşü destekler. Ayrıca yapılan çalışmalarda sosyal açıdan uygunsuz koşullarda yaşayanlarda ve psikososyal stres altında olanlarda EN'nın kontrol gruplarına göre daha sık rastlandığı bulunmuştur.\*

### **Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar:**

Psikiyatrik sorunlar ile enürezis arasında neden sonuç ilişkisi tam belirlenemese de bir bağ olduğu gösterilmiştir. Daha önce belirtilen enürezis-gelişimsel gecikme ilişkisi altta yatan gelişimsel bir etkenin bu çocukların hem davranış sorunlarına hem de enürezise daha yatkın kılması ile açıklanabilir.

Nokturnal Enürezisli çocuklarda fenotip ve genotip arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada Sekonder EN lı çocuklar Primer EN lı çocuklara oranla daha yüksek oranda davranış bozukluğu,psikososyal strese sahip bulunmuşlar.\*

### **AYIRICI TANI**

EN'nın ayırıcı tanısında mesane fizyolojisinde değişiklikler, idrar yolları enfeksiyonları, obstrüktif lezyonlar gibi ürolojik sorunlar akla gelmelidir. mesane ve idrar yolu enfeksiyonları özellikle kızlarda EN'nın en önde gelen nedenlerinden biridir. Bu yüzden EN nedeniyle başvuran her çocukta rutin olarak idrar tetkiki yapılmalıdır. Ayrıca kronik konstipasyonu olan çocuklarda da mesane kapasitesinin küçüldüğü, hipertiroidizm, DM, Dİ ve epileptik nöbetler gibi hastalıklarda idrar kaçırmamanın olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

### ***Enüretik çocuğun ailesi :***

Evde enüretik bir çocukla yaşamak bütün aile için şüphesiz çok zor bir durumdur .Yatağını ıslatmak çocukta başarısızlık duygularını ve 'büyüyememenin 'verdiği üzüntüyü pekiştirir ,çocuğun yaşamın diğer alanlardaki etkinliklerini kısıtlayıp cesaretini kırabilir. EN tanısı alan çocukların benlik saygılarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu,sorun düzelince benlik saygısının normale döndüğünü gösteren çok sayıda çalışma vardır. Ana babalar da sorundan doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenirler. Her aile kısa bir süre için de olsa,çocuklarının istemli olarak altını ıslattığını düşünebilir. Üstelik ana babanın çok önem

verdiği durumlarda -örneğin yatılı misafirliklere gidildiğinde- kuru kalındığında bu pekişebilir. Ayrıca her gün çamaşır yıkamak annelerin yükünü doğrudan arttıran bir sonuçtur.

Enürezisle ilgili bu kadar çok sıkıntı yaşamayan ,sorunları görmezden gelen ve ailedeki diğer enüretikler gibi bu çocukların da bir süre sonra düzeleceğini ümit eden bazı aileler olabilir. Ama anneler babalar sorunu kendi başlarına çözebilmek için her yola başvururlar. Çocuğa iyi davranmak, kötü davranmak, cezalandırmak, korkutmak, kendi çamaşırını kendine yıkatmak, görmezden gelmek gibi her yolu deneyebilirler. Fiziksel cezalar bile yalnızca ana babaların çaresizlik ve öfkelerini değil aynı zamanda bu sorunun çözülmesi için denenen son yol olarak da görülmelidir. Tüm çabalarının boşa çıkması ,konunun başka insanlarla paylaşılamayacak kadar utanılacak bir durum olarak yorumlanması,kulaktan dolma şifalı bitkilerin ve erkek çocukların sünnet edilmesinin de denenmesinden sonra aileler ümitsizliğe kapılır ve tedavi arayışından vazgeçerler. Genellikle ailenin gelişim basamağındaki önemli bir olay tedavi için yeniden girişimde bulunmaya aileyi kanalize eder. İlkokula başlanması,yatılı okula kayıt ,çocuğun ergenliğe girmesi böyle bir dönüm noktasıdır. Doktordan alınan randevu ile ilk görüşme arasında geçen sürede ıslak gece sayısı %27 oranında azalmaktadır. Bu olumlu motivasyon,tedavinin itici gücü olarak değerlendirilmeli ve bu olumlu fırsat en iyi biçimde değerlendirilmelidir.

### **İLK GÖRÜŞME:**

Aile ile yapılan görüşmede,tedavi için başvurmanın kimin fikri olduğu,kimin sorundan daha çok etkilendiği ,evde bu sorunun daha önce nasıl ele alındığı sorulduğunda,ailenin tedavi konusundaki motivasyonu daha iyi anlaşılabilir olur. Amaç ailenin de tedavi içindeki yerini almasını sağlamaktır. Eğer hastanın ya da ailedeki başka bir üyenin tedavi ile ilgili motivasyonu belirgin olarak diğerlerinden az ise bu durumun nedenleri araştırılmalı ve belki de enürezis belirtisinin o evdeki 'işlevleri' üzerine daha fazla odaklanmalıdır. Ailenin o güne kadar denediği yöntemleri eleştirmeden dinlemek,ailenin suçlanmasını önler ve daha sonraki işbirliğini artırır. Sorunun boyutları anlaşıldıktan sonra aile ile birlikte tedavinin gerekli olup olmadığına karar verilir,burada çocuğun yaşı,sorunun sıklığı ve etkileri yol gösterici olabilir. Normal sınırların aktarılması ve tuvalet eğitimi ile ilgili bilgi verilmesi bazı aileler için yeterli olabilir. Ailenin hedeflerinden kopuk bir tedavinin uygulanma olasılığının düşük olduğu akılda bulundurulmalıdır. Gece altını ıslatan çocuk medikal açıdan incelendikten sonra sıra çocukla yapılacak tedavi niteliğindeki ilk görüşmeye gelir. Enüretik çocukların çoğu hekime neden getirildiklerini bilmezler. Eğer ana baba çocuklarının enüretik olduğunu ondan gizli bir

şekilde dile getirmişlerse hekimin çabası çocuğun bu konudaki yakınmasını onun ağzından dinlemek yönünde olmalıdır. Çocuğun yakınmasını utanmadan ve suçlanmadan söyleyebilmesi için fırsat yaratılmalıdır. Temel ilke idrar kaçırmamanın istemsiz bir davranış olarak değerlendirileceğinin çocuğa aktarılmasıdır. Ailenin elinde bu davranışın istemli olarak yapıldığına ilişkin önemli kanıtlar olsa bile ,çocuğa bu sorunun onun elinde olmadan ortaya çıktığı,ancak düzelmesi için kendisinin çok şey yapabileceği ve isterse bu konuda ona yardım edilebileceği söylenmelidir. Bu ilişki kurulmadan çocuğun sorunu sahiplenmesi, tedavide etkin rol oynaması düşünülemez. Daha sonra uygun tedavi yöntemine geçilebilir. Tedavi yönteminin seçimi nedensel etkenlere,çocuğun yaşına ,sorunun sıklığına,sonuçlarına ve tedavinin acilliğine göre yapılır. Örneğin 6 yaşında ,birincil EN tanısı alan,haftada 1-2 kez altını ıslatan ve depresyonu olmayan bir çocukta hemen ilaç kullanmak gerekli değildir. Buna karşın kısa bir süre sonra yatılı okula başlayacak bir çocuğa davranışçı yaklaşımların etkisini gözleyebilmek için yeterli zaman yoktur. Boşanma ya da kardeş doğumundan sonra başlayan ikincil EN için nedensel etkenlere yönelik psikoterapi tek başına yeterli olabilir.\*\*\*

#### *Kayıt Tutma ve Ödüllendirme:*

Sabah uyanıldığında hem ana babanın hem de çocuğun takvim üzerinde önceki gece ilgili kayıt tutmasının yararı gösterilmiştir. Kayıt tutmanın yararı yalnızca sorunun monitörizasyonu ile ilgili değildir. Çocuğun tedaviye katılması ve sorumluluk alması için de bu yöntemin çok yararı vardır. Çocukların kuru kaldıkları sabahlar ödüllendirilmeleri tedaviyi olumlu yönde etkiler. Düşünülenin tersine, duygusal içerikli ödüller oyuncak gibi somut ödüllerden çok daha etkilidirler. Çocuk ıslak kaldığında ise bu durumla hiç ilgilenmemek, daha önceki ödülün etkisini arttıracaktır.

#### *Sıvı Kısıtlanması ve Gece Uyandırma:*

Akşam yemeklerinin çocuğu susatmayacak şekilde yapılması ve yemekten sonra yapılacak sıvı kısıtlaması uykudaki idrar miktarını azaltabilir. Sıvı kısıtlanması konusunda sorumluluk çocuğa verilmeli ve konu yeni bir inatlaşma odağı haline gelmesi engellenmelidir.

Çocuklar uyuduktan 1-1.5 sonra uyandırılıp tuvalete gitmeleri söylenirse sıvı kısıtlanmasının başarısı artar. Bu süre,kolay uyanmayan bu çocukları uyuduktan yaklaşık 1-1.5 saat sonra ortaya çıkan REM dönemi civarında yakalayabilmek amacıyla saptanmıştır. Bazı aileler çocuklarını 4-5 kez kaldırdıklarını söyleyebilirler. Bu durumun uyku hijyenine uygun olmadığı anlatılmalıdır.

Nisan 1997 tarihinde Kanada 'da 15 Enüretik çocuğun kontrol grubu ile karşılaştırılarak uyandırılma eşiklerinin ölçüldüğü bir çalışmada Enüretik çocukların kontrollere göre daha güç uyandırılabilir oldukları anlaşılmış ve bu sonuç Enüretik çocukların yükselmiş uyandırılma eşğine bağlandırılmış. Uyandırılmaya dayalı tedavi programları uygulanırken hastaların bu özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.\*

#### *Mesane Jimnastiği:*

Çocuğun gündüz idrarını yaparken birkaç kez sfinkter kaslarını kasıp gevşetmesi,mesanesi iyice dolduktan sonra tuvalete gitmesinin yararlı olabileceği öne sürülmüştür. Ancak EN tedavi yöntemleri arasında en düşük uygulama oranı bu yöntemdedir.9 yaşından büyük çocuklarda uygulanması daha verimli sonuçlar verir.

#### *Alarm Cihazı:*

Alarm cihazı pek çok yazara göre tek başına en etkili tedavi yöntemidir. Ödüllendirme yöntemi ile birlikte başarı oranı % 98 'e ulaşmaktadır. Alarm cihazı, tedavi bırakıldıktan sonra da %56 ile en yüksek oranda kalıcılığı olan tedavi seçeneği olarak değerlendirilmiştir. Bu cihaz çocuk yatağını ıslatınca onu uyandırarak işlev görür. Tedavinin tamamlanması için en az 2 ay uygulanmalıdır. İlk zamanlarda çocuğun mesane tonusu belirli bir düzeyin üzerine çıktığında, yatak ıslanır, zil çalar. Bir süre sonra koşullanma tamamlandığında mesane tonusu artması zil çalmadan da çocuğu uyandırmak için yeterli olmaya başlar. Etkili ,doğal öğrenmeye en yakın zararsız olan bu yöntem gelişmiş ülkelerde dahi EN tedavisinde %3 oranında uygulanmaktadır. Çünkü bu araç hem pahalıdır hem de bazen yalnızca terleme sonucu meydana gelen ıslaklıklar da bile yanlış alarm verebilmektedir.

#### *İLAÇLAR:*

EN tedavisi için prostaglandin inhibitörlerinden antikolinergiklere,stimulanlardan diğer antidepresanlara kadar pek çok ilaç denenmiştir. Burada yalnızca en sık kullanılan ve en etkili olduğu bilinen iki ilaçtan söz edilecektir.

#### *İmipramin:*

EN 'da İmipramin tedavisi ile ilgili pek çalışma yapılmış ve yaklaşık %70 oranında etkili olduğu anlaşılmıştır. Ancak ilaç kesildiğinde kuru kalma oranı %16 olarak bulunmuştur. Anglosakson literatürlerinde İmipramin tedavisine gece yatmadan önce tek doz 25 mg ile başlanması,haftada 25 mg'lık artışlarla dozun 75 ya da 125 mg'a kadar çıkılabileceği aktarılmıştır. Sonuç olarak ilacın günlük dozunun4-5 mg/kg ' a kadar çıkılabileceği belirtilse

de ilacın yan etkileri nedeni ile 3mg/kg 'ın üzerine çıkılmamalı ,20 kg 'ın altındaki çocuklarda ise hiç kullanılmamalıdır.1mg/kg başlanıp 2-3 hafta içinde iyi yanıt vermeyenlerde doz iki katına çıkarılabilir.

Düşük doz kullanımında yan etkiler genelde görülmemekle beraber ilacın Kardiyotoksik etkileri nedeni ile(özellikle 3mg/kg'ın üstünde) hastanın tedavi öncesi EKG 'si değerlendirilmeli ve tedavi esnasında da takip edilmelidir. Plazma İmipramin düzeyi ile tedavinin etkinliği arasında tam bir ilişki saptanmamakla beraber plazma İmipramin düzeyi 60-80 ng/ml 'nin üzerinde iken etkili olduğu ,aynı düzeyde Anti kolinerjik yan etkilerin de belirginleştiği gösterilmiştir. Bu nedenle ağız kuruluğunun ortaya çıkması hastanın terapötik pencere içinde olduğunu gösterebilir.

İmipramin'in etkisinin araştırıldığı Aarhus Üniversitesi Hastanesinde Eylül 1997 tarihinde yapılan bir çalışmada İmipramin'in kişide EN varsa Vazopressin' den bağımsız olarak antidiüretik etki gösterdiği bunu nefronun distalindeki su ve üre reabsorbsiyonundaki ikincil artışla beraber birincil olarak proksimal tubullerdeki artmış alfa-adrenerjik stimülasyon ile gerçekleştirdiği bulunmuştur.\*

İlaça yanıt veren çocuklarda tedavi süresi 6 aydan kısa sürmemelidir. Spontan remisyon olasılığı nedeni ile 3 ayda bir ilacı biraz azaltmak,sorunda bir artış gözlenirse dozu yeniden arttırmak denenebilir.

Ayrıca ülkemizde ilacın kısırlık yaptığına dair yanlış inanışın aile tedavi arasına girmesi uygun telkinlerle engellenmelidir.

### ***Desmopressin:***

Yapılan bir çalışmada \*\* EN lı çocuklarda enüretik epizodun boşaltım karakteri gündüzkine benzer bulunmuş ve mesane gündüzki maksimum kapasiteye eşit olarak dolduğunda oluşmuş. Mesane rezervuar kapasitesi normal ve mesane dayanabilirliği enürezisde önemsiz olarak tespit edilmiş. Bu çalışmada görülen gece artış göstermeyen ADH düzeyi geceleri mesane kapasitesinin 4 katı fazla idrar oluşumuna ,boşalma ihtiyacına ve en sonunda enürezise neden olmaktadır.

Bu fizyopatolojiyi ortadan kaldırmak için kullanılan sentetik ADH analogu Desmopressin ile elde edilen sonuçlar çok değişkendir. Bu ilaç ile % 10 ile 91 arasında değişen oranlarda iyileşme bildirilen çalışmalar vardır. 9 yaşın üzerindeki çocuklarda alınan sonuçlar daha iyidir. Ayrıca aile öyküsü olanlarda



başarı daha yüksektir. Davranışçı terapilere yanıt vermeyen çocuklarda Desmopressin İmipramin'den daha etkili bulunmuştur.

Desmopressin'in en önemli dezavantajı ilaç kesildikten sonra kuru kalma oranının %5.7 gibi düşük bir oranda kalmasıdır.

*Desmopressin'in Yan Etkileri:*

Rinit ,astım ya da pulmoner infiltrat şeklinde allerjik reaksiyonlar,ciltte vazokonstriksiyon,bulantı ,karın krampları,defekasyon duygusu,yüksek dozda hiponatremi,burun tıkanıklığı,burun kanaması.

Bu yan etkiler sık değildir ve çoğu ilacın kesilmesi ile kaybolur.

Desmopressin diğer tedavi seçeneklerine iyi yanıt vermeyen çocuklarda kullanılmalı ,ilaç kesildikten sonra büyük ihtimalle sorunun tekrar edeceği unutulmamalıdır.

**Gidiş ve sonlanım:**

EN tanısı alan çocukların spontan remisyon oranları yılda %5-10 oranında bulunmuştur.7 yaşından ve 12 yaşından sonra olmak üzere iki dönemde spontan düzelme oranlarında göreceli bir artış vardır. Yine de 18 yaşındaki gençlerde EN yaygınlığının %1 civarında bulunması bu benlik saygısını derinden etkileyen sorun için yüksek bir orandır.15 yıllık bir izleme çalışmasında bu çocukların 10 yaşından sonra davranım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu açısından risk altında olduğu saptanmıştır. Bu nedenle EN' nın erken dönemlerde tedavisi dadada önem kazanmaktadır.

**ENKOPREZİS**

*DSM-4 de şu şekilde tanımlanmıştır.*

- A- Çoğunlukla istemsiz bazen de kasıtlı olarak, yineleyen biçimde dışkının uygunsuz yerlere yapılmasıdır.
- B- En az 3 ay süreyle ayda en az bir kez olmalıdır.
- C- Çocuğun takvim yaşının en az 4 olması gerekir.
- D- Dışkının kaçırılması bir maddenin ta da genel tıbbi bir durumun konstipasyon dışındaki herhangi bir sonucu olmamalıdır.

Çocuk hiç kontrol geliştirememişse birincil, en az 1 yıl kontrol geliştirdikten sonra kakasını kaçırma başlamışsa ikincil Enkoprezis adı verilir. Genellikle gündüz uyanırken daha sık olur.

İkincil Enkoprezis 4-8 yaşları arasında başlar. 5 yaş çocuklar arasında %1 oranında yaygındır. Erkeklerde kızlardan 3 kat fazla görülür.

### ***Oluş Nedenleri***

Bağırsak işlevlerinde bir bozukluk olabileceği gibi, kusurlu tuvalet eğitiminin ve psikodinamik etkenlerin rolü önemli görülmektedir. Örneğin, yeni bir kardeşi olan çocuk ilgiyi kendisine çekmek için dışkıyı küçük kardeşi gibi donuna bırakmaya başlayabilir, ya da kendisine uygulanan disiplin kurallarına karşı bir başkaldırı, öç alma belirtisi olabilir. Ailenin kendini bebeksi kılan davranışlarına dışkı kaçırma ile uyum gösteriyor olabilir. Başka türlü dışı vuramadığı saldırganlık duygularını bu yolla ifade ediyor olabilir. Tuvalet terbiyesine erken başlayan ve aşırı disiplinle uygulayan anne ile inatlaşma belirtisi olabilir.

Enkoprezis’de genellikle olayı başlatan bir zorlu yaşam olayı vardır.

### ***Ayrırcı Tanı***

Enkoprezis anal fissür, megakolon ve kronik kabızlık olan çocuklarda da görülebilir.

Anal fissür’de defekasyon çok ağrılıdır, çocuk korkar ve kaka yapmamak için kendini sıkır. Kronik kabızlık aileden alınan bilgi ile öğrenilebilir. Megakolon için Gastroenterolog’dan konsültasyon alınmalıdır.

### ***Gidiş ve Sonlanış:***

Oldukça inatçı bir belirtidir. Çok uzun bir süreden beri devam ediyorsa direnç de fazladır. Kendiliğinden ya da tedavi esnasında relaps ve remisyonlar gözlenebilir.16 yaşından sonra görülmesi çok enderdir. Enkopretik vakaların %25 ‘inde Enürezis’ in de birlikte görüldüğü bildirilmektedir.

### ***Tedavi:***

Enkoprezis çocuğu utandıran, benlik saygısını zedeleyen, sosyal yaşamı, arkadaş, aile ilişkilerini bozan bir belirti olduğundan tedavi büyük önem taşır.

### ***Tedavi için uygulanan yöntemler:***

#### *Davranış tedavisi*

İlaç tedavisi

Aile tedavisi

Psikoterapidir

- Aile tedavisi: Aile ile ilk görüşmede çocuk yetiştirmede genel tutumları;kaka kaçırma konusundaki duygu düşünce ve davranışları anlaşılmaya çalışılır; aşırılıklar kendilerine gösterilir ve öneriler yapılır. Bunun çocuğun elinde olmayan bir davranış olduğu anlatılır

- Davranış Tedavisi: Çocukla ilk görüşmede utanç ve suçluluk duygusunu hafifletecek bir görüşme ile, güvenilir bir ilişki kurulduktan sonra bizimle işbirliği yapması gerektiği anlatılır. Zaman zaman kakası gelsin gelmesin tuvalete oturması ve kakasını yapıncaya kadar beklemesi,gerekirse bunu günde birkaç kez tekrarlaması; ancak kakasını yapmaktan başka birşey (oyun,ders vb ) yapmaması istenilir. Bir hafta 10 günlük bir takvim tutulup her günlük durumu not etmesi ve tekrar gelmesi istenilir. Dışkısını tutabildiği günlerin sayısı artmışsa kendisi oyun oynanır ; uygun biçimde ödüllendirilir\*\*\*\*

Yapılan bir araştırmada davranışçı terapi tekniklerinin ,spontan remisyon oranlarına göre üstünlüğü bulunmayan psikanalitik metotlara göre üstün bulunmuştur.

Ayrıca gliserin supposituarları ve baryumlu enemaları da kullanan terapötik yaklaşımlarda %78 tam remisyon bildirilmiştir.