

# ENUREZISUL PRIMAR NOCTURN (E.N.P.) O NOUĂ MODALITATE DE ABORDARE TERAPEUTICĂ

## *Primary Nocturnal Enuresis (PNE) – a new way of therapeutical approach*

**Dr. Chiriac-Babei Gheorghe**

*Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal Fundeni, București*

### REZUMAT

Autorul face o trecere rapidă în revistă a importanței enurezisului primar nocturn în dezvoltarea psihică deficitară a copilului și a tulburării socializării sale, prezentând conceptul terapiei substitutive cu Desmopresina ca soluție recomandată.

**Cuvinte cheie:** copil, enurezis, Minirin Melt

### ABSTRACT

The author makes a quick review of the importance of primary nocturnal enuresis in weak psychic child development and his socialization disorder, presenting the concept of substitutive therapy with Desmopressin as recommended solution.

**Key words:** child, enuresis, Minirin Melt

### INTRODUCERE

Enurezisul primar nocturn constituie aparent o afecțiune banală fără implicații majore în viața copilului, dacă acceptăm însă afecțiunea ca punct de start în formarea unei personalități distorsionate, atunci lucrurile nu stau deloc așa, fiind evident că are implicații majore în formarea-dezvoltarea psiho-socială a sa.

### SIMPTOM-AFECȚIUNE

Relativ repede „expediat” în manulelele de pediatrie, chiar de nefrologie pediatrică, are implicații profunde în formarea personalității copilului care se simte diferit, în sensul negativ, în incapacitatea de a fi asemenea celorlalți, fiind în inferioritate, prim pas pentru handicap. În relația de socializare ca răspuns la controlul „poliției de conformitate”,

copilul devine concomitent introvertit și exclus, fundament pentru dezvoltarea negativă a personalității și socializării vicioase-aberante.

„Sinele nostru, nu este un arbitru cu care ne naștem ci unul care se dobândește în timp prin interacțiunea cu ceilalți”, „Societatea fiind cea care stabilește și întărește standardele de comportament acceptabil” (Tim May). Astfel devine unanim acceptat conceptul conform căruia: „Personalitatea este interfața corpului în raport cu lumea” – enureticul trebuie privit și înțeles ca „persoană de risc”.

Enurezisul primar nocturn este o problemă frecventă care afectează în medie 6-10% dintre copiii între 7 și 16 ani, având consecințe sociale, emoționale și comportamentale. Copilul enuretic devine treptat: introvertit, leneș, neglijent, mitoman, lipsit de inițiativă, lipsit de independență, înclinat spre minciună și spre înșelăciune, cu agresivitate nemotivată.

Adresă de corespondență:

Dr. Chiriac-Babei Gheorghe, Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal Fundeni, Str. Fundeni, Nr. 258 2, Sector 2, București

## DEFINIȚIE

Eliminarea involuntară de urină (un act micțional complet) în somn, de obicei nocturnă, la un copil cu vârstă peste cinci ani, (ce nu a avut niciodată controlul actului micțional sau la care acesta nu a atins niciodată o durată de șase luni), fiind vorba, de obicei, de minimum două „accidente“ în interval de șapte zile, curent fiind vorba de cinci, chiar șapte.

## INCIDENȚĂ

Din datele de literatură care sunt sintetizate în ghidul de bună practică „A International Consultation on Incontinence“ rezultă o incidență de:

- 10-15% la vârsta de cinci ani (populație pediatrică)
- 5% la zece ani
- 1% la 15 ani
- mai frecvent la băieți decât la fete
- mai frecvent în familiile sărace
- mai frecvent în mediul rural
- se consideră „familie de risc“, familia copilului în ale cărui antecedente heredo-colaterale există enuretici, fiind de 50% când un părinte a avut E.N.P și de 75% când ambii părinți au avut E.N.P.
- este mai frecventă la copiii cu tulburări de atenție, hiperactivi
- din datele Academiei Americane de Pediatrie rezultă că la o medie de 417.000 de solicitări de consult medical, 38% o reprezintă solicitarea pentru E.N.P.

Important – E.N.P. trebuie considerat „Stressful Life Events“

**Terminologie** – Tulburări micționale

A. Incontinență urinară (I.U.) – eliminarea involuntară de urină

B. Enurezis primar nocturn (E.N.P.)

C. Enurezis secundar nocturn (E.S.P.) ~ 20% - E.N.

D. Enurezis nocturn monosimptomatic (E.M.N.P.) ~ 6-10% - E.N.

E. Enurezis nocturn polisimptomatic (E.P.N.P.) ~ 20-30% - E.N.

F. Urgență micțională (U.M.) ~ 20% - E.N.

G. Disfuncție micțională

## ETIOLOGIE

De la afirmații negativiste tip: „E un puturos indolent!“ la concepte psihologice complexe care afirmă că pacientul caută „liniștea și protecția“ din

viața intrauterină emițând urina care are caractere (chimice, temperatură etc.) ale lichidului amniotic, conceptele patologice au parcurs etape variate și importante. Astăzi se cunoaște în mod precis că procesul controlului continenței urinare este un act complex de maturizare neuro-fiziologică cortico-pontină cu implicarea sistemului nervos periferic (simpatic de la T10 la L1, parasimpatic și inervație somatică de la S2 la S4).

Secreția neurohormonală hipotalamo-hipofizară ciclică, supusă bioritmului circadian, are un vârf nocturn pentru trei hormoni: somatotrop, melatonină și hormon antidiuretic. Poliuria nocturnă (factor important determinant în etiologia E.N.P.) este cauzată de eliberarea insuficientă a hormonului antidiuretic (Vasopresina), constituind în fapt explicația tulburării micționale. Acest fapt a condus la conceptul terapeutic substitutiv.

**Nou:** MINIRIN MELT componentă cu administrare orală, formă farmaceutică - liofilizat, al firmei FERRING, se dizolvă practic instantaneu în cavitatea bucală, având o biodisponibilitate ridicată, care aduce ca avantaj doze mai mici decât alte comprimate sau spray-uri. DESMOPRESINA (MINIRIN), este un agonist selectiv de receptori tip V2 ai vasopresinei, fără să inducă activitate vasopresoare. „International Consultation on Incontinence“ recomandă Desmopresina ca tratament de primă intenție în enurezisul primar nocturn la copilul cu vârsta peste șase ani.

## DIAGNOSTIC POZITIV

Diagnosticul E.N.P. este „diagnostic de excludere“ constând în eliminarea rând pe rând a cauzelor organice și/sau metabolice de enurezis simptomatic (infecții de tract urinar, litiază urinară, malformații reno-urinare, vezică neurogenă, tulburări psihice și/sau neurologice). Diagnosticul presupune pași informal, examen clinic complet incluzând examenul organelor genitale externe, studiu biologic complet pentru excluderea cauzelor metabolice de poliurie și o ultrasonografie pentru excluderea malformațiilor reno-urinare, litiazei, refluxului vezico-ureteral, bolii obstructive urinare precum și a vezicii neurogene.

Diagnosticul pozitiv pornește cu:

## DIAGNOSTIC

ENUREZIS NOCTURN	DA	NU
Pacientul udă patul noaptea?		
Vârsta ≥ 5 ani		

## SEMNE DE ALARMĂ

Dacă răspunsul la una dintre următoarele întrebări este „DA“, atunci, în acest caz, nu este probabil vorba doar de un enurezis nocturn monosimptomatic simplu.

Simptome urologice*	DA	NU
Pierderi involuntare de urină în timpul zilei (picături de urină în lenjerie / lenjerie udă)?		
Frecvența micțiunilor peste 8/zi?		
Frecvența micțiunilor sub 3/zi?		
Micțiuni imperioase?		
Micțiuni dificile (necesită intervenție voluntară)?		
Micțiuni repetate (incomplete)?		
Afecțiuni și/sau malformații ale rinichilor și/sau ale tractului urinar?		
Antecedente*	DA	NU
Infecții de tract urinar?		
Probleme legate de actul defecației**	DA	NU
Constipație?		
Urme de materii fecale în lenjerie (fără legătură cu o igienă defectuoasă a actului defecației)?		
Obiceiuri legate de consumul de lichide***	DA	NU
Copilul bea multe lichide seara și/sau noaptea?		
Probleme psihologice**	DA	NU
Prezența unor tulburări de comportament sau a altor probleme psihologice (ex.: copil hiperkinetic sau cu deficit de atenție)?		

\* pot sugera o disfuncție a vezicii urinare

\*\* risc de rezistență la tratament

\*\*\* risc de efecte secundare în timpul tratamentului

## TRATAMENT

Tratamentul E.N.P. necesită în primul rând o bună cunoaștere și înțelegere a copilului, un diagnostic corect, înțelepciune și răbdare, complianță bună/foarte bună a familiei și o colaborare reală a

copilului care se obține de obicei după vârsta de opt ani. Copilul cu vârsta peste cinci ani și cu mai mult de două „accidente“/săptămână face obiectul tratamentului. Comprimatul liofilizat Minirin Melt 60 mcg/120 mcg constituie premiza obținerii unui beneficiu de peste 80% „dintr-o cură“.

### Strategia terapeutică constă în:

#### A. Măsuri igienico-dietetice

##### a. Regim hidric

##### b. Regim micțional – gimnastică micțională

#### B. Măsuri psihologice

##### Cultivarea încrederii în propriile forțe

C. Schema terapeutică presupune asocierea sau succesiunea „sleep slarm“ cu Minirin Melt 60 mcg/120 mcg în cură lunară.

Sceme terapeutice conținând Antidepressiv, cofeină, tinctură belladonna, efedrina, vitaminoterapie, Droguri homeopate sau acupunctură s-au dovedit iluzorii sau chiar „cu risc“ (cardiac) pentru Imipramină.

Desmopresina se administrează cu două ore înainte de culcare. Desmopresina Melt se administrează, de preferat, la aceeași oră, înainte de mese. Alimentația hiperlipidică și hiperprotidică poate reduce intensitatea și/sau durata efectului anti-diuretic.

Se administrează oral, sublingual, fără ingestie de lichide, pe o durată totală estimată de trei luni. Se impune reevaluarea lunară, iar asocierea cu un sistem „sleep alarm“ poate să crească eficiența la 87-93% dintre cazuri.

Rezultatul pozitiv (absența nopților ude) la 3 luni trebuie să determine decizia de consolidare, respectiv de administrare pe o durată totală de 6-9 luni. Recăderea după întreruperea terapiei obligă la reluare, neexistând rezistență terapeutică.

## CONCLUZII

Utilizarea și beneficiile Desmopresinei Melt, în terapia E.N.P. constituie „șansa terapeutică adecvată“.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Declarația de interes:** Autorul este membru al Comitetului Român pentru Enurezis, interesat în promovarea diagnosticului și tratamentului modern al E.N.P. conform ghidului „International Consultation on Incontinence“