

ÇOCUKLUK ÇAĞI İŞEME BOZUKLUĞU: BULGULAR VE TEDAVİ ALGORİTMASI



Doç. Dr. Selçuk Yücel

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

Antalya

Ürolojik Cerrahi Derneği İç Anadolu Şubesi Toplantısı

Kapadokya

9 Nisan 2011



Ürolojik Cerrahi Derneği İç Anadolu Şubesi Toplantısı
Kapadokya
9 Nisan 2011

referanslar

- The standartization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the standartization committee of the International Children's Continençe Society. Veveys T et al., J Urol, 176:314-324, July 2006
- Diagnostic evaluation of children with daytime incontinence. Hoebeke P et al., J Urol, 183: 699-703, Feb 2010
- The management of dysfunctional voiding in children: A report from the standartization committee of the International Children's Continençe Society. Chase J et al., J Urol, 183: 1296 – 1302, April 2010

TERMİNOLOJİ

ICCS 2006

Semptomlar:

Depolama semptomları:

Artmış/Azalmış İşeme Sıklığı:

>5 yaş, 3-8 kez arası normal

İnkontinans:

a. Devamlı inkontinans

b. Aralıklı inkontinans

b1. Gündüz inkontinans

b2. Noktürnal inkontinans/Enürez

Aciliyet :

mesane kontrolü veya >5 yaş

Noktüri:

>5 yaş ve sadece işeme için uyanma

Ürolojik Cerrahi Derneği İç Anadolu Şubesi Toplantısı

Kapadokya

9 Nisan 2011

TERMİNOLOJİ

ICCS 2006

Semptomlar:

İşeme semptomları:

Başlatamama

> 5 yaş

İkınma

tüm yaşlar

Zayıf Akım

tüm yaşlar

Kesik kesik işeme

ıkınma ile beraber ise tüm yaşlar / tek başına > 3 yaş

TERMİNOLOJİ

ICCS 2006

Semptomlar:

Diğer semptomlar:

İdrar tutma hareketleri

> 5 yaş

Tam boşaltamama

ileri yaşlar

İşeme sonrası damlatma

> 5 yaş

Genital/alt üriner sistem ağrısı

TERMİNOLOJİ

ICCS 2006

Tetkikler:

Mesane/İşeme günlüğü

> 5 yaş, en az 48 saatlik, gündüz-gece hacmi, maks. ve ort. Hacim
Beklenen hacim: 30+ yaş x 30 (<12 yaş), % 65-135 normal

İdrar akım hızı analizi

arka arkaya iki analiz alınmalı, gerekirse 3. yapılmalı (mümkünse EMG ile)

Akım hızı

maks. akım hızı (ml/sn.) nın karesi > işenen hacim

İşeme eğrisi

çan eğrisi – kule – plato - düzensiz (staccato) – kesintili (intermittant)

İşeme sonrası residüel idrar

>20 ml

TERMİNOLOJİ

ICCS 2006

Durumlar:

Enürez

- a. monosemptomatik
- b. non-monosemptomatik

Gündüz yakınmaları

inkontinans – işeme sıklığı – işenen volüm – sıvı alımı

- a. Aşırı aktif mesane ve aciliyet inkontinansı
- b. İşeme erteleme
- c. Aktivitesi azalmış mesane
- d. Disfonksiyonel işeme
- e. Obstrüksiyon
- f. Stres inkontinans
- g. Vajinal reflü
- h. Kıkırdama inkontinansı
- i. Sık işeme

Ürolojik Cerrahi Derneği İç Anadolu Şubesi Toplantısı

Kapadokya

9 Nisan 2011

TERMİNOLOJİ

ICCS 2006

Tedavi:

Alarm tedavisi

Uroterapi

bilgilendirme

işeme düzenlemesi

hayat stili değişiklikleri

mesane günlüğü ile farkındalık

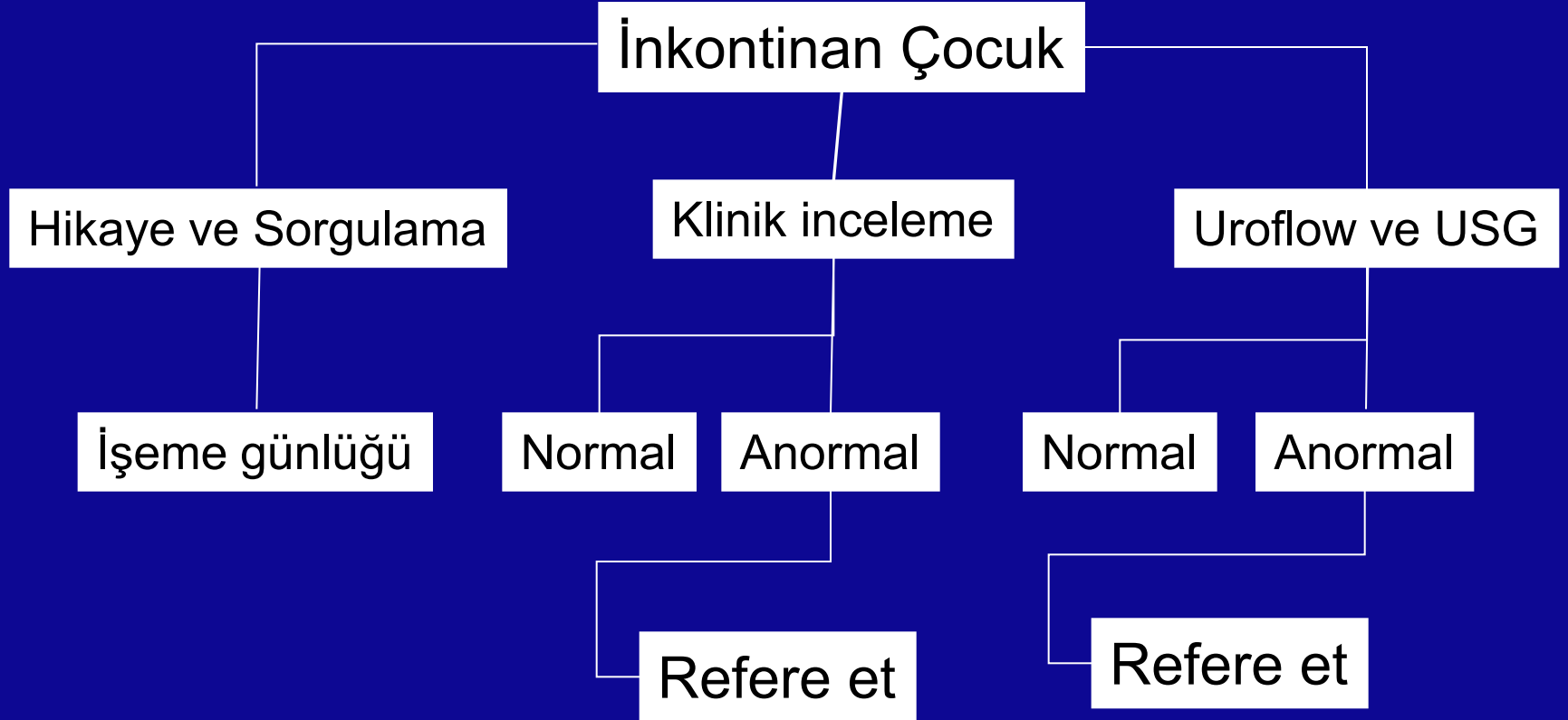
destek

Özel tedaviler

(biofeedback, elektromodülasyon/elektrostimülasyon, vb.)

Davranışsal tedavi

GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRAN ÇOCUKLARDA TANI ALGORİTİMLERİ



GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRAN ÇOCUKLARDA TANI ALGORİTİMLERİ

Hikaye:

Zaman ayırmak

İnkontinansın tipini belirle

İşeme sıklığı, aciliyet hissi, gelişim basamakları, tuvalet eğitimi, idrar hacmi

İşeme şekli, ıkınma ihtiyacı, akım hızı

İşeme sonrası damlama / kalçaların ıslanması

İşemeye gitme süresi

İYE

Barsak hareketleri

Sorgulama ve skorlama sistemleri

tek başına olmaktan çok diğer tanısal araçlara yardımcı

GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRAN ÇOCUKLARDA TANI ALGORİTİMLERİ

İşeme günlüğü:

min. 48 saat

aciliyetler ve kaçırmalar

toplam çıkarılan ve alınan sıvı

sıklık, min hacim, maks hacim

barsak hareketleri

Klinik inceleme:

Glob

Fekal impaksiyon

Kaba nörolojik inceleme

Sırt ve sakral inceleme

Genital inceleme

GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRAN ÇOCUKLARDA TANI ALGORİTİMLERİ

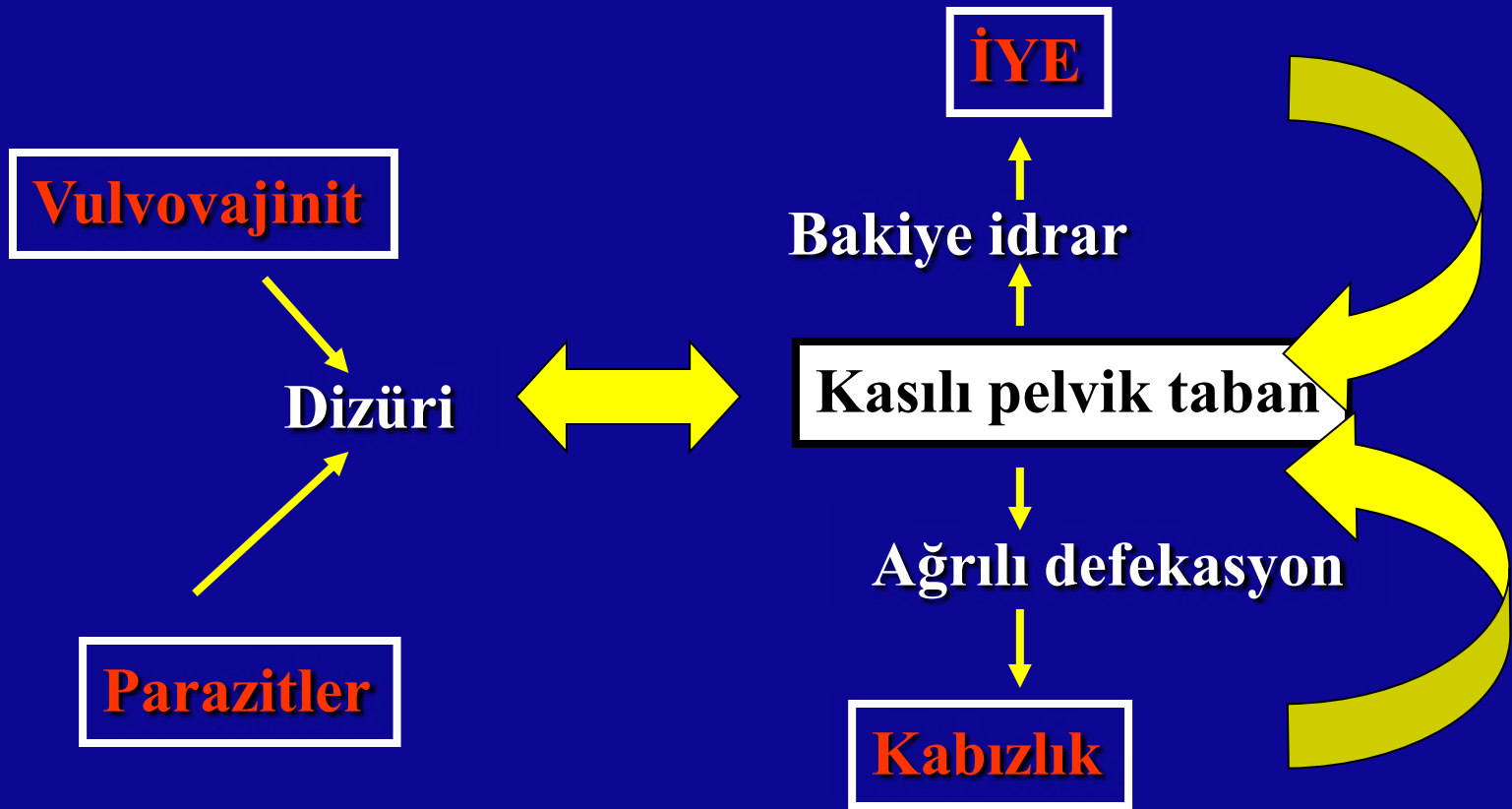
Ultrason:

tarama USG si tüm çocuklara
mesane duvarı kalınlığı, residüel idrar, üreter dilatasyonu
rektal genişlik

İdrar analizi:

piyüri
dansite
proteinüri
idrar pH
Kalsiyum

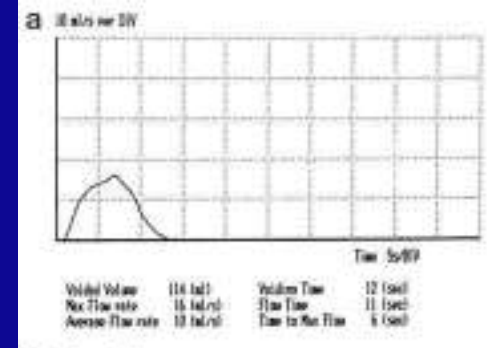
Pelvik tabanın gevşememesinin patofizyolojisi



GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRAN ÇOCUKLARDA TANI ALGORİTİMLERİ

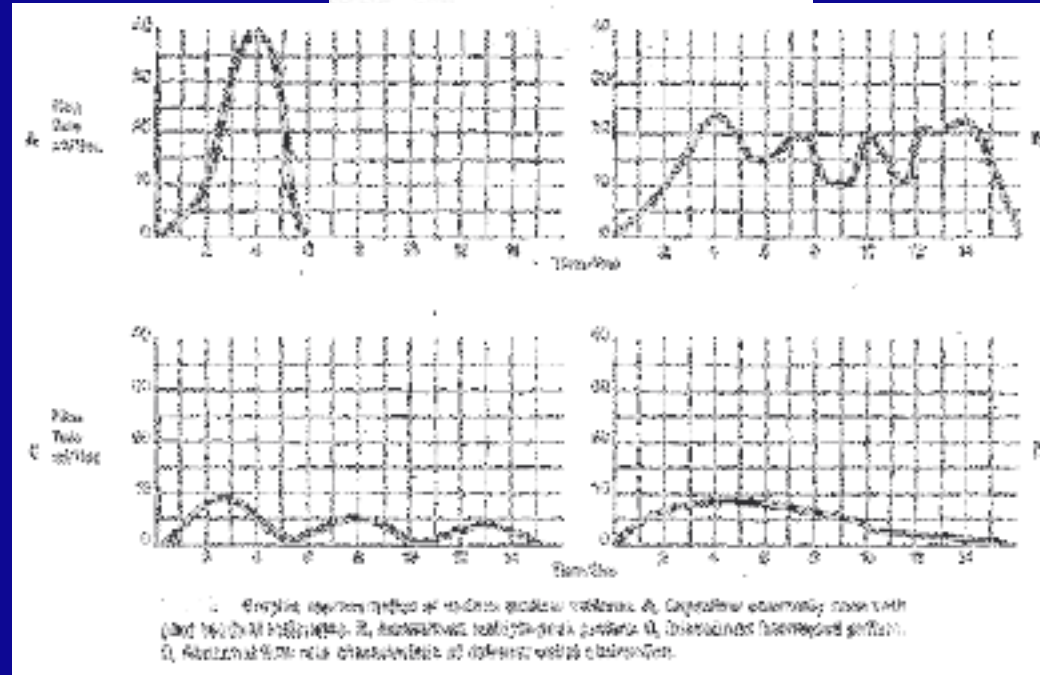
İdrar akım hızı analizi:

iki kez
hacim
akım patterni



İşeme Sistouretrografi:

İYE
USG anormalliği
Obstrüksiyon şüphesi
UD ile beraber



GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRAN ÇOCUKLARDA TANI ALGORİTİMLERİ

Ateşli İdrar yolu enfeksiyonu
Mesane kapasitesi çok yüksek
PVR yüksek
USG de hidronefroz veya mesane duvar kalınlığı çok artmış
Standart Uroterapiden yanıt alınmayan

Sistometrik Çalışma
eşlik eden VCUG

Video-Ürodinamik Çalışmalar

DISFONKSİYONEL İŞEME TEDAVİ ALGORİTİMLERİ

Disfonksiyonel işeme tanısı sadece idrar akım hızı analizi ile konabilir

Perineal EMG ek bilgi verir

Rutin UD gereksizdir

barsak hareketleri sorgulanması

USG ile rektal genişlik

Bristol Stool Scale

Skorlama sistemleri

DISFONKSİYONEL İŞEME TEDAVİ ALGORİTİMLERİ

Disfonksiyonel işeme tanılı çocuk (**detrusor aşırı aktivitesi**)

İlk tedavi metodu uroterapi ve kas eğitimi

Mutlaka barsak tedavisi içermeli

Tuvalet eğitimi

Uroterapi merkezi ihtiyacı

İşeme esnasında eğrinin algılanması

Kasların kasılıp gevşemesinin algılanması

Düzenli işeme günlüğü tutulması

Psikolog desteği

DISFONKSİYONEL İŞEME TEDAVİ ALGORİTİMLERİ

Disfonksiyonel işeme tanılı çocuk (**detrusor azalmış aktivitesi**)

İlk tedavi metodu uroterapi ve kas eğitimi

Mutlaka barsak tedavisi içermeli

Tuvalet eğitimi

İkili işeme

antibiyotik profilaksisi

Uroterapi merkezi ihtiyacı

İşeme esnasında eğrinin algılanması

Kasların kasılıp gevşemesinin algılanması

Düzenli işeme günlüğü tutulması

Psikolog desteği

DISFONKSİYONEL İŞEME TEDAVİ ALGORİTİMLERİ

Farmakolojik tedavi

Antikolinergik tedavi

alfa-bloker tedavi

Botulinum Toxin A

Çocuklarda Gündüz İdrar Kaçırma

Takip:

Standart Uroterapiye yanıt 6 hafta – 6 ay alabilir

Farmakoterapi başlanınca 6 ay – 18 ay boyunca devam etmelidir

Yüksek riskli çocuklara yakın takip gerekirken düşük riskli çocuklar 3-6 ayda bir takip edilebilir

Tedavi olan çocuklarda tekrarlama yüksektir ve yıllık takip şarttır

Çocuklarda Gündüz İdrar Kaçırma

Önemli mesajlar:

6 yaş grubunun %15 inde vardır

Mutlaka dolum/boşaltım ayırımı yapılmalıdır

İYE veya US de anatomik anormallik saptanmayanlar genellikle iyi seyirlidir

Standart üroterapiden yanıt almayanlar mutlaka ileri araştırmaya alınmalıdır