

Nietrzymanie moczu u dzieci

Joanna Kamińska

Nietrzymanie moczu u dzieci to bardzo powszechny problem. Jest to drugi pod względem częstości występowania, po schorzeniach alergicznych, przewlekły problem zdrowotny. Szacuje się, że w Polsce liczba dzieci dotkniętych tą dolegliwością wynosi ok. 300 tysięcy.

Przyczyny NTM u dzieci mogą być bardzo różne, tak samo zróżnicowane jest leczenie tej przypadłości. Dlatego ważne jest, aby przeprowadzić dokładne rozpoznanie i prawidłowo zakwalifikować rodzaj nietrzymania moczu.

U dzieci rozróżnia się dwa podstawowe rodzaje NTM - moczenie oraz nietrzymanie moczu. Wśród tych dwóch typów da się wyróżnić kilka bardziej szczegółowych grup, które zostaną omówione poniżej.

KLASYFIKACJA

1. Moczenie

Termin "moczenie", zgodnie z terminologią ICS [International Continence Society], stosuje się do moczenia nocnego. Skala problemu uzależniona jest od wieku - wśród 4-latków co trzecie dziecko moczy się w nocy, wśród 5 i 6-latków co piąte, a wśród 7-latków co dziesiąte. U ok. 1-2% dzieci moczenie nocne trwa aż do wieku dorosłego.

Niestety wielu rodziców bagatelizuje ten problem, uważając że wcześniej lub później dziecko "wyrośnie" z tego. Tymczasem przyjęcie biernej postawy oczekiwania może mu jedynie zaszkodzić. Rodzice często uważają, że moczenie wynika z nieprawidłowego nawyku, albo z lenistwa dziecka. Utrzymywanie się moczenia nocnego jest przyczyną wtórnych zaburzeń emocjonalnych. "Moczące się" dzieci często unikają kontaktów z rówieśnikami, izolują się i rezygnują z wyjazdów na kolonie. Moczenie może być również przyczyną powstawania konfliktów rodzinnych.

1.1. Moczenie pierwotne i wtórne

Moczenie nocne możemy podzielić na dwie grupy biorąc pod uwagę czas pojawienia się. O moczeniu pierwotnym mówimy wówczas gdy występuje ono bez przerw od samego urodzenia. Natomiast moczenie wtórne pojawia się po tzw. "suchej przerwie", trwającej co najmniej pół roku.

Przyczyny moczenia pierwotnego są najczęściej:

- * niedobór wazopresyny w godzinach nocnych, powodujący niedostateczne zagęszczanie moczu (nocna poliuria),
- * opóźnienie w nabywaniu kontroli nad pęcherzem podczas snu (pęcherz nadreaktywny).

Dziecko, które cierpi na pierwotne moczenie nocne spowodowane niedostatecznym zagęszczaniem moczu w nocy moczy się od urodzenia, natomiast w ciągu dnia nie puszczając moczu, nie odczuwa również tzw. parć naglących, czyli gwałtownej potrzeby oddania moczu. Jest to najczęstsza i zarazem najłagodniejsza forma NTM występująca u dzieci. Częstość występowania tej postaci moczenia maleje wraz z wiekiem.

Moczenie nocne wtórne jest zwykle objawem wady lub choroby układu moczowego. W tej grupie dzieci może to być również objaw zaburzeń emocjonalnych. Jest to jednak niewielki odsetek dzieci i przed skierowaniem dziecka do psychologa lub psychiatry należy w każdym przypadku wykluczyć organiczne przyczyny moczenia nocnego. Moczenie wtórne, w przeciwieństwie do pierwotnego często wznaga się wraz z wiekiem.

1.1.1. Moczenie nocne izolowane i współistniejące

Zarówno moczenie pierwotne jak i wtórne możemy podzielić jeszcze na dwie grupy - moczenie izolowane i współistniejące z innymi zaburzeniami oddawania moczu (częstomocz, naglące parcia, epizody nietrzymania moczu w ciągu dnia). To pierwsze dotyczy dzieci moczących się tylko w nocy, u których nie występują inne choroby bądź wady układu moczowego. Natomiast moczenie współistniejące może być spowodowane nawracającymi zakażeniami dróg moczowych. Wtedy jest to bardzo niepokojący sygnał, sugerujący obecność wady układu moczowego.

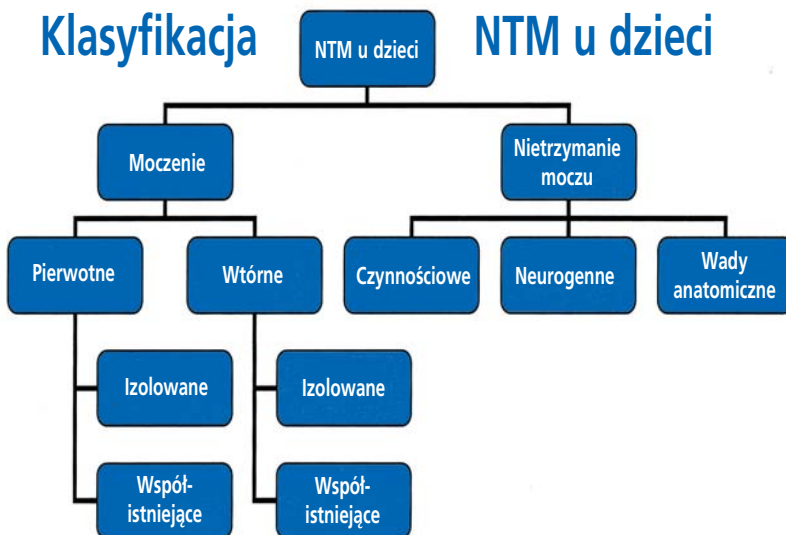
2. Nietrzymanie moczu

Jeżeli moczeniu nocnemu towarzyszą jakiegokolwiek (nawet drobne) epizody gubienia moczu w dzień, to taki typ moczenia zaliczany już jest do kategorii nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu u dzieci można podzielić na trzy grupy biorąc pod uwagę schorzenia, które mogą je powodować. Są to zaburzenia czynnościowe, neurogenne oraz wady anatomiczne.

2.1. Zaburzenia czynnościowe

Najczęściej występującą przyczyną NTM u dzieci są zaburzenia czynnościowe pęcherza występujące pod postacią zespołu parć naglących. Mogą one prowadzić do wtórnych zaburzeń mikcji. Zaburzenia takie mogą przybierać różne formy np. odda-



Opr. własne na podstawie: *Diagnostyka różnicowa moczenia i nietrzymania moczu u dzieci*

wanie moczu przerywanym lub nieregularnym strumieniem.

2.2. Zaburzenia neurogenne

Zaburzenia neurogenne są skutkiem m.in. wad wrodzonych, schorzeń oraz urazów układu nerwowego powodujących uszkodzenie ośrodków regulujących czynność pęcherza i cewki moczowej lub przerwanie ciągłości szlaków nerwowych.

Pęcherz neurogenny u dzieci najczęściej spowodowany jest przepukliną oponoworodzeniową.

2.3. Wady anatomiczne

Do najczęściej spotykanych wad anatomicznych, które mogą powodować nietrzymanie moczu należą: wycienianie pęcherza moczowego, wierzchniactwo, zastawka cewki tylnej oraz ektopia moczowodu.

BADANIE I LECZENIE

Moczenie nocne

Podstawą diagnostyki moczenia nocnego powinno być: przeprowadzenie dokładnego wywiadu, dzienniczek mikcji oraz badanie fizykalne. Badania dodatkowe to: ogólne badanie moczu, posiew moczu, badanie USG jamy brzusznej oraz przepływ cewkowy. Badania bardziej inwazyjne (radiologiczne, endoskopowe, urodynamiczne) zazwyczaj nie są konieczne. W przypadku moczenia wtórnego pomocne może być również badanie psychologiczne.

Metoda leczenia moczenia nocnego jest uzależniona od jego przyczyn. W przypadku pierwotnego izolowanego moczenia nocnego spowodowanego nocną poliurią stosuje się desmopresynę - syntetyczny analog wazopresyny. Lek o nazwie Minirin (Ferring Pharmaceuticals) jest dostępny w postaci tabletek 0,1 i 0,2 mg lub aerozolu do nosa. Od jesieni tego roku lek będzie dostępny również w postaci liofilizatu doustnego (Melt). *Minirin to octan desmopresyny, analog hormonu antydiuretycznego (wazopresyny) stosowany w moczówce prostej, na noc w moczeniu nocnym (idiopatycznym) dzieci, a także w poliurii nocnej i przeroście stercza z nokturią oporną na inne rodzaje farmakoterapii. Te ostatnie dwa zastosowania są obecnie w fazie badań i wykraczają poza wskazania farmakologiczne (tzw off-label) - mówi urolog, dr Piotr Dobroński.*

Z innych metod terapii stosuje się: trening wybudzania, stosowanie systemów alarmowych, ograniczenie podawania płynów w godzinach wieczornych.

Moczenie wtórne o podłożu psychogenym leczy się za pomocą psychoterapii oraz łagodnych leków tonizujących.

Moczenie współistniejące (zarówno pierwotne, jak i wtórne) wymaga zastosowania bardziej skomplikowanych metod leczenia, zależnie od współistniejących chorób.

Nietrzymanie moczu

Pierwszą czynnością wykonaną przez lekarza powinno być przeprowadzenie wywiadu. Dzięki niemu można określić z jakim rodzajem nietrzymania moczu mamy do czynienia - z parcia, czy wysiłkowym. Dziecko, u którego następuje nagłe uczucie parcia, tak silne, że nie można go przeczyć, najprawdopodobniej cierpi na NTM z parcia (czyli jedną z postaci pęcherza nadreaktywnego). Dziecko podejmuje wówczas różne działania obronne np. krzyżowanie nóg, czy kucanie na pięcie. Z kolei NTM wysiłkowe pojawia się bezwiednie, bez odczucia nagłego parcia. Związane jest to ze wzrostem ciśnienia brzuszego w czasie wysiłku. Za wyciek moczu w pierwszym wypadku odpowiedzialny jest wypieracz, a w drugim - zwieracz. Oprócz wywiadu równie ważna jest analiza dzienniczka mikcji.

Równie ważne jest badanie fizykalne, które może wskazać na przyczyny anatomiczne lub neurogenne. Lekarz badający dziecko powinien m.in. zwrócić uwagę na to, czy mocz wycieka podczas kaszlu lub napinania brzucha oraz na ewentualne anomalie anatomiczne układu moczowego.

Inne rodzaje badań to np.: badanie ultrasonograficzne, badanie przepływu cewkowego, badanie radiologiczne, badanie urodynamiczne i badanie endoskopowe.

W początkowym etapie leczenia sprowadza się do wyrobienia nawyku regularnego oddawania moczu. Dodatkowo można podawać leki hamujące skurcze spontaniczne wypieracza (oxybutynina). Jeżeli dziecko cierpi na zaburzenia mikcji należy przeprowadzić tzw. reedukację, czyli naukę prawidłowego oddawania moczu (biofeedback).

Z kolei leczenie zaburzeń neurogennych polega przede wszystkim na zwalczaniu stałego zalegania moczu w pęcherzu. Podstawową metodą leczenia jest cewnikowanie. W przypadku neurogennej nadczynności wypieracza (spontaniczne skurcze pęcherza) stosuje się również leczenie farmakologiczne.

Jeżeli metody zachowawcze nie przyniosą rezultatów konieczne staje się zastosowanie leczenia chirurgicznego. Operacyjne można np. poprawić pojemność pęcherza moczowego i obniżyć ciśnienie wewnątrzpęcherzowe. W przypadku obniżonego ciśnienia zamknięcia cewki moczowej (np. porażenie zwieraczy) po zakończeniu okresu wzrastania dziecka można przeprowadzić implantację sztucznego zwieracza cewki moczowej.

Na podstawie m.in.:

- *Diagnostyka różnicowa moczenia i nietrzymania moczu u dzieci, w: Służba Zdrowia, nr 84-88 z dn. 5.11.2007 oraz nr 89-92 z dn. 26.11.2007*
- www.moczenieocne.pl

O moczeniu nocnym u dzieci

Z dr Grzegorzem Paruskiewiczem, Prezesem Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom z Moczeniem Nocnym "Dobra Nocka", rozmawia Joanna Kamińska



- Czy można czekać, aż dziecko "wyrośnie" z moczenia nocnego?

Z całą pewnością nie należy biernie czekać na samoistne rozwiązanie problemu. Postępując w ten sposób można przeoczyć współistniejące schorzenia układu moczowego (na przykład zakażenie układu moczowego czy choroby nerek) i opóźnić skuteczne leczenie. Ponadto u coraz starszego dziecka z utrzymującym się moczeniem nocnym zaczynają pojawiać się i narastać wtórne zaburzenia emocjonalne. Nie można się również zgodzić z opinią, że moczenie u dziecka nie stanowi poważnego zagrożenia dla jego zdrowia i jest jedynie niewinną dolegliwością. Nawet jeżeli moczeniu nie towarzyszą inne choroby układu moczowego, to fakt moczenia łóżka jest dla dziecka i dla całej rodziny bardzo stresujący. Ogranicza możliwości korzystania z kolonii i obozów. W ostatnim czasie również względy ekonomiczne odgrywają niebagatelną rolę. Koszty ciągłego prania piżam i bielizny pościelowej są coraz większe.

- Kiedy należy zgłosić się z dzieckiem do lekarza?

Pierwszy kontakt z lekarzem ma na celu sprawdzenie, czy moczenie nocne nie jest objawem innego schorzenia. Rodzice powinni zgłosić się do lekarza, jeżeli po ukończeniu 4 roku życia dziecko nadal się mo-