

# *“S-a facut pipi...”*

Rutine sanatoase in dobandirea autocontrolului  
sfincterian - interventie si studii de caz

Dr. Oana Niculae

# ASPECTE ALE DEZVOLTARII

- Continenta urinara se instaleaza in mod normal la varsta de 5 ani la fete si la 6 ani la baieti.
- Continenta pentru scaun se instaleaza aproximativ cu un an inaintea celei urinare (4 ani la fete, respectiv 5 ani la baieti)

# Mecanismul controlului sfincterian

- Se acumuleaza urina/scaun în vezica/colon
- distensia pereților acesteia și creșterea presiunii intraluminale
- stimularea fibrelor nervoase ce transmit creierului mesajul ca este necesara golirea.
- La copiii mici fibrele nervoase sunt incomplet mielinizate iar creierul nu recepționează corect mesajul, de aceea vezica/colonul se golește fara control
- In jurul varstei de 5-6 ani, fibrele nervoase sunt complet dezvoltate și comanda contractarea musculaturii circulare a sfincterelor, apare astfel evacuarea controlata, voluntara

Studiile au aratat o corelatie statistica intre modificarile functionarii cerebrale si vezicale.

In grupul tinta fata de cel control s-au identificat :

- diferente topografice ale potentialelor endogene N200 si P300
- mai putine tentative de trezire ca urmare a semnalelor de plenitudine vezicala (in 37% din cazuri fata de 91%)
- necesitatea unui nivel mai mare de stimulare acustica fata de normal pentru a determina trezirea (113dB fata de 100 dB ).

# N200 si P300

- ambele sunt unde cerebrale endogene ce apar in urma actiunii unui stimul.
- ambele presupun perceptia si evaluarea stimulului, atentie selectiva si discriminare constienta.
- sunt generate in mai multe zone: central, posterior (parieto-occipital) si fronto-central
- diferentele topografice observate la nivelul amplitudinii si latentei P 300 si latentei N 200 la copiii cu enurezis sustin ipoteza conform careia acestia prezinta intarzieri in maturarea SNC.
- Cu cat varsta copilului cu enurezis este mai mare cu atat apar modificari mai mari privind latentia si amplitudinea P300 si latentia N200

# P300

- modalitate individuala de raspuns la diferiti stimuli din mediu, ce sunt evaluati/catalogati si in functie de aceasta apare sau nu reactia de trezire (creste arousalul)
- apare pe EEG ca o unda pozitiva cu o latentă de 300-600 ms de la actiunea stimulului, cu intensitatea maxima la nivelul lobului parietal.
- indice metric pentru aprecierea functiilor cognitive implicate in procesul decizional (timpul de evaluare a stimulului si updatarea memoriei de lucru).
- A stat la baza testului poligraf
- folosit in prezent pentru a testa eficacitatea anumitor tratamente in ameliorarea functiilor cognitive

# N200

- este singurul potential cerebral care precede raspunsul motor
- este asociat in special cu procesele cognitive de identificare si discriminare a stimulilor.
- apare pe EEG ca o deflexiune negativa cu o latentă de 200 ms
- mai puțin modificat în enurezisul nocturn decât P300
- rezultate încă inconstante în enurezis

# POSIBILE DIFICULTATI

- Control sfinterian incomplet, inconstant cu dificultati pe continenta: enurezis, encoprezis
- Control sfinterian posibil dar cu continenta in exces, ce evolueaza frecvent spre dilatari/rupturi ale continatorului (vezica, colon)

# PREVALENTA

- Enurezisul este de 2 ori mai frecvent la baieti decât la fete
- Prevalența scade cu varsta: 23% la 5 ani, 10% la 7 ani, 4% la 10 ani si 1% la adolescenti
- Pentru Encoprezis raportul baieti/ fete cu dificultati este de 3 (4):1
- Prevalenta scade cu varsta: 3% la copii cu varsta sub 4 ani, 1,5 % la 7 ani
- Tulburarile prin retentie – mai rar raportate

# ENUREZIS - forme clinice

- **Primar** (functional)/**Secundar** (psihogen)
- **Nocturn/Diurn /Mixt**
- **De cauza organica/nonorganica**

# ENUREZIS - diagnostic

- Emisii repetate de urina in locuri inadecvate
- Frecventa: minim 2x/saptamana
- Durata: minim 3 luni consecutiv
- Varsta cronologica sau mintala: minim 5 ani
- Nu este consecinta unor substante sau unor boli organice: DZ, spina bifida, epi

# ENCOPREZIS – forme clinice

- **Primar** (functional)/**secundar** (psihogen)
- **Retensiv (cu constipatie si incontinenta surplusului:** scaun semiconsistent, emis de mai multe ori pe zi/noapte, in cantitate mica)/**neretensiv (fara.....:**scaun normal, emis uneori in locuri inadecvate)
- In functie de actul voluntar sau involuntar:  
**intentionat, involuntar prin incapacitate, involuntar prin exces**

# ENCOPREZIS - diagnostic

- Eliminarea repetata a scaunului in locuri nepotrivite
- Minim 1 data pe luna
- Minim 3 luni consecutiv
- Varsta cronologica sau mentala: minim 4 ani
- Nu este consecinta laxativelor, a unor boli organice sau a unor conditii medicale (BDA, B Hirschprung)

# ETIOLOGIE

## ***1. Factori fiziologici (de dezvoltare)***

- Intarziere in dezvoltarea structurilor SNC ce afecteaza transmiterea SNC-MS-VU la orice nivel: control sfincterian deficitar, functionarea scazuta a SRAA (profundzimea somnului), locus ceruleus (trezirea), ncl pontini (reglarea functiei musculaturii VU)
- Anomalii ale dimensiunilor sfincterului anal, ale colonului sau VU
- Secretie nocturna scazuta de hormon ADH

# ETIOLOGIE

## ***2. Factori genetici:***

- Agregare familiala in 70 % din cazuri
- Pentru enurezis: risc mai mare daca are antecedente paterne, pentru cel nocturn – transmitere autosomal dominanta in 43% din cazuri si afectarea cz 8, 12, 16
- In populatii nordice – cz 22 a fost identificat ca si “locus” pt enurezis

# ETIOLOGIE

## ***3. Factori parentali***

- Atitudine punitiva, coercitiva, agresiva, rigida in deprinderea toaletei
- Mediu familial rece, fara manifestari de afectiune
- Atentie crescuta acordata esecului, greselilor
- Asteptari exagerate si neadecvate varstei copilului
- Standarde de curatenie exagerate
- Conflicte , familii dezorganizate

# ETIOLOGIE

## ***4. Factori ce tin de copil***

- Gelozie in fratrie
- Anxietate la intrarea fortata in colectivitate
- Toleranta scazuta la frustrare, sfideaza autoritatea
- Fobii (de olita, de vasul de toaleta, de microbi)
- Dependenta crescuta de mama
- Agresivitate latentă (murdareaste peretii...)
- Intarziere globala in dezvoltare
- Reactii anxioase, depresive

# ETIOLOGIE

## ***5. Factori socioeconomici***

- Nivel socioeconomic redus
- Familii din zone defavorizate
- Anturaj neadecvat
- Lipsa de supraveghere si ingrijire primara
- Institutionalizare

# ETIOLOGIE

## ***6. Factori favorizanti***

- Alimentatie necorespunzatoare
- Consum excesiv de lichide (seara)
- Somn profund, Sdr de apnee in somn (mimeaza ADD, ADHD)
- Afectiuni organice (malformatii,obstructii, infectii, tratamente, vezica iritabila, epi...)
- Traumatisme
- Evenimente stresante de viata

# DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

## 1. Afectiuni organice

- SNC – tumori, intoxicatii, traumatisme, infectii, malformatii, epilepsie
- SNP, MS - malformatii (Spina bifida), b. neurologice cu afectarea inervatiei vezicale, rectale
- DZ, DI – pt enurezis
- Infectii urinare, malformatii reno-vezico-ureterale
- Leziuni obstructive, stenoze, prolaps anorectal
- B. musculare ce afecteaza musculatura neteda
- B. endocrine (hipotiroidie)
- B. congenitale (b. Hirschprung)

# DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

## 2. Afectiuni psihice

- Intirziere mintala, tulb de invatare
- Tulb anxioase:TOC, fobii, TSPT, rc acuta la stres, tulb de adaptare
- Tulb depresive
- Tulb reactiva de atasament
- Tulb de opozitie/de conduita
- Gelozia in fratrie
- ADHD
- Forme de abuz (fizic, sexual)

# DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

**3. Diagnosticul formei clinice a tulburarii**

**4. Diagnosticul comorbiditatilor organice sau psihice**

# INTERVENTIE

- **Psihoeducatia parintilor** – aspecte de dezvoltare/maturizare, relatia cu copilul si relatiile intre adulti, scaderea impactului stresului psihosocial asupra copilului, scaderea comportamentelor de rusinare, critica, pedepsire
- **Psihoeducatia copilului** – normalizarea conditiei, acceptare, securizare

# INTERVENTIE

- **Program de educatie sfincteriana si recompensarea reusitelor**
- **Incurajarea implicarii tatalui, acceptarea reactiilor agresive ale copilului si incurajarea exprimarii prin joc**
- **Terapie prin joc – nondirectiva/directiva**
- **Evitarea masurilor sau investigatiilor invazive**

# INTERVENTIE

- **Terapie medicamentoasa** – pt enurezis:
  - a. ADT: 3-6 luni, seara – Clomipramina (2,5 mg/kgc/zi) sau Desipramina (max 3-5 mg/kgc) – monitorizare EKG
  - b. Desmopresin acetat (h. antidiuretic), intranazal: 20-40 microgr, in formele severe, la cei peste 9 ani – monitorizare SNC, Na-tremie
  - c. Anticolinergice (pt vezica iritabila, disfunctii neurologice): Oxybutin (Driptane) 2,5 mg seara (atentie la febra, zile calduroase)
  - d. Tratament pt comorbiditati

# PROGNOSTIC

- Frecvent este bun, sunt autolimitate
- Masurile comportamentale sunt eficiente in 78% din cazuri
- Prost daca se asociaza particularitati dizarmonice ale personalitatii (histrionic, narcisic), tendinte homosexuale sau stimulare autoerotica
- Prost daca are comorbiditati cronice



Coffee break

# Studii de caz

## 1. Maria, 4 ani

- este adusa de catre mama in centrul nostru pentru dificultati in achizitionarea controlului sfincterian vezical, atat pe timpul zilei cat si pe timpul noptii si pentru crize de ipsatie zilnice cu debut in jurul varstei de 1 an si 8 luni.

# Studii de caz

## 2. Radu, 3 ani si 11 luni

- fost adus de către părinți în centrul nostru pentru dificultăți mari legate de eliminarea scaunului (la 7-10 zile) de aproximativ șapte luni si pentru un comportament alimentar restrictiv aparut de o luna, copilul motivând acest comportament prin asocierea cu mersul la toaleta.

?