

Enuresi nocturna

Marta de Diego

Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona)

Tal com ens expliquen els autors de l'article de revisió «Enuresi: del ritual màgic fins als tractaments actuals», publicat en aquest número de *PEDIATRIA CATALANA*¹, s'ha parlat molt sobre el tema, al llarg del temps: sobre si es mono o polisimptomàtica, també dita síndrome enurètica; sobre la influència genètica per a la història familiar freqüent; sobre la no aparició del pic nocturn circadià de l'hormona antidiurètica (ADH), que provoca més producció d'orina en aquesta franja horària; o sobre els problemes d'apnea obstructiva del son que es poden associar en aquests infants².

Segueix sent una situació molesta, però no una malaltia, que obliga a estratègies familiars nocturnes especials, com l'ús de calcetes bolquer, que hàbilment s'amaguen dels companys en nits compartides, o pares que trenquen el son a hores inapropiades per aconseguir una micció del seu fill al lloc adequat i una nit seca, habitualment sense gaire èxit.

Actualment, l'afectació social és més important perquè hi ha més contacte entre els menors. Ja des d'una tendra edat gaudeixen de colònies, casals o nits a casa dels amics, cosa que fa que aquesta situació tingui una càrrega emocional més gran que fa uns anys. Repeteixo, sense ser una malaltia, sinó un problema maduratiu.

S'accepta que la continència nocturna normal s'adquireix cap als 4-6 anys³. La prevalença de l'enuresi és del 15% als 5 anys, del 10% als 7, i del 5% als 10. Només menys del 2% romandran enurètics durant la vida adulta⁴. En aquesta franja temporal dels 5 als 10 anys desapareix en la majoria de pacients. Però hi ha pressa familiar perquè sigui al més aviat possible. I aquí és on entra el professional de la salut.

Malauradament, els tractaments són escassos i el resultat impredecible. En aquest número de *PEDIATRIA CATALANA* es publica una revisió històrica de l'enuresi en què es repassen els diferents tractaments utilitzats al llarg dels anys⁴. Atès que se suposa que en la majoria dels pacients hi ha més volum miccional per la manca de pic nocturn de l'ADH, la principal teràpia farmacològica és la desmopressina, un anàleg de l'hormona, que simula aquest pic nocturn si se'n pren la dosi adequada a l'hora adient. Però menys volum vesical no implica necessàriament que l'infant no alleujarà la bufeta de manera inconscient durant el son. Pot ser que, simplement, la família noti menys volum d'orina al llit. Se suposa que un infant amb el mateix problema del pic circadià de l'ADH, però sense un son profund, seria capaç de despertar-se amb desig miccional i aixecar-se, tot i que aquest punt no s'ha estudiat. No s'han descrit factors predictors d'èxit o fracàs terapèutic i, al final, l'únic que queda és provar el tractament i veure si hi ha resposta.

La segona teràpia descrita, que pot ser única, simultània o consecutiva amb l'anterior, és l'alarma. Quan la primera gota d'orina activa el sensor adherit a la pell en una zona propera a la uretra, es dispara una alarma sonora. No és més que provocar un reflex condicionat de Pavlov, de manera que a base de despertar-se, l'infant aprèn a identificar aquesta primera sortida d'orina, o la sensació de replecció vesical, segons teories, i despertar-se. Potser el que canvia és el seu patró del son. És un tractament d'èxit variable, amb millors resultats en infants sense grans volums miccionals nocturns, molt col·laboradors, d'una certa edat i amb ganes de deixar de mullar-se. Una de cada tres famílies abandonen la teràpia⁵, principalment per l'alteració del ritme del son familiar, ja que de vegades es desperta la família abans que l'infant, que segueix dormint plàcidament.

Ja hem fet la distinció entre enuresi monosimptomàtica i síndrome enurètica. En aquesta, les fuites nocturnes d'orina s'associen a simptomatologia urinària diürna, i freqüentment fecal, i és un procés complex i multifactorial. Però valdria la pena ressaltar el fet que més d'una enuresi diagnosticada com a monosimptomàtica no ho és. S'ha d'investigar a fons l'hàbit miccional de l'infant. No serveix un simple «bé» com a resposta a la pregunta sobre com orina el fill. S'ha d'aprofundir més, insistir. Crida molt l'atenció el que algunes famílies consideren com a normalitat. Sembla que obliden que, en època de lactant incontinent, canviaven el bolquer cada tres hores, totalment ple. I ara consideren normal 3 o 4 miccions diàries, raig entretallat, imperiositat, postures retentives... No seria el primer infant amb hàbit miccional incorrecte que consulta per enuresi, que soluciona les seves fuites nocturnes en poques setmanes quan corregeix l'hàbit diürn. Tanmateix, en més d'un infant amb enuresi i recaiguda o empitjorament després d'una millora inicial, un estudi urodinàmic demostra la presència de contraccions vesicals no inhibides, que han de ser tractades mèdicament. De nou, quan se soluciona la inestabilitat vesical, l'enuresi remet espontàniament.

També sorprèn en l'anamnesi familiar sobre els hàbits miccionals diürns com tornen de manera recurrent a les fuites nocturnes del fill, donant poc o cap valor al patró voluntari diürn, que moltes vegades ignoren. Els llargs horaris escolars, amb menjador i activitats extraescolars inclosos, fa que moltes famílies baixin la guàrdia sobre els hàbits miccionals i defecatoris dels fills, donant per fet que és a l'escola on s'han de treballar, i no controlin tampoc el que passa la resta del dia, els caps de setmana o les vacances, quan és a la família i des de ben petits on s'han de treballar i supervisar aquests hàbits, igual que la resta. Evidentment, moltes enuresis són realment mono-sintomàtiques, amb bons hàbits diürns, però no ho podem donar per suposat, s'ha de confirmar. I, davant el dubte, abans de plantejar un tractament per a l'enuresi, s'ha d'investigar. Una simple fluxometria demostrarà el patró miccional del menor. Una micció fraccionada, o en *staccato*, ha de fer sospitar que les coses no van tan bé com se suposa. Si es pot acompanyar d'un estudi simultani de l'esfínter extern, amb elèctrodes cutanis, per veure si la micció és coordinada (s'acompanya de relaxació i apertura de l'esfínter) o no (el tanca paradoxalment), encara millor. Una ecografia del residu vesical completaria l'estudi. Però tot això no és imprescindible. El punt de partida és una bona anamnesi, acompanyada d'un calendari miccional amb registre de volums, un temps concret, si és que hi ha dubtes, fet que permetrà conèixer volums de buidament i rutina de l'infant. S'han de valorar els comportaments «retencionistes» habituals i les urgències. I si es detecten alteracions, s'han de corregir i veure la resposta nocturna abans de prendre altres decisions.

Si es planteja un tractament farmacològic, un punt que cal considerar és l'edat mínima per fer-ho⁶. Com que hi pot haver fuites nocturnes fisiològiques fins als 6 anys, seria lògic no plantejar un tractament mèdic fins passada aquesta edat. Els tractaments més precoços són deguts més a pressions familiars que al criteri mèdic. A més, és probable la manca de col·laboració d'un infant tan petit, pel que fa a buidament de la bufeta i ingesta hídrica abans d'anar a dormir. I aquests punts són importants, ja que emmascaren els resultats del tractament farmacològic. De fet, el contraindiquen. No te cap sentit controlar la producció de nova orina a la nit si la bufeta ja està plena per altres motius. I una ingesta excessiva pot donar efectes indesitjables de la desmopressina.

Finalment, un altre punt que cal tenir en compte és què es considera èxit del tractament farmacològic. Es poden veure infants remesos per fracàs terapèutic, dels quals no es coneix la taxa de fuites prèvies ni durant el període de tractament. Si les pèrdues són el 100% de les nits, les seques són molt evidents. Però si no és així, i no hi ha un registre de nits seques per mes abans de començar el tractament i durant el mateix, es pot interpretar com a fracàs terapèutic el que és un resultat parcial. L'infant passa per situacions estressants i de nerviosisme, com poden ser problemes familiars, uns exàmens o les vacances de Nadal, per posar exemples. I la seva enuresi també se'n veu afectada. No hi ha un patró fix per mullar-se; una setmana pot ser terrible, i la següent fantàstica. Però mes a mes sí que hi ha una certa estabilitat. Si no es registra, i el resultat està basat en la memòria familiar, les conclusions poden ser errònies, i suspendre un tractament que pot estar donant un resultat més lent de l'esperat. La suspensió brusca del fàrmac també augmenta la taxa de recidives, per la qual cosa ha de ser gradual. En qualsevol cas, es considera èxit del tractament si es redueixen més del 90% de les fuites prèvies⁷, de manera que al finalitzar el tractament encara hi pot haver alguna nit amb pèrdues.

Respecte a l'alarma, val la pena comprovar prèviament si l'infant és capaç de despertar-se amb un estímul sonor. Si no és així, és important revalorar-ne la indicació amb la família, fet que reduiria les taxes d'abandonament terapèutic.

El que sí que ja està relegat a l'oblit són els càstigs del passat, les teràpies amb efectes secundaris i la culpabilització de l'infant enurètic.

Bibliografia

1. Sánchez Vázquez, A, Sánchez Vázquez, B, Solís Calderón I, Bujons Tur A, Alcolea Rodríguez A, Badell Serra I. Enuresi: del ritual màgic fins als tractaments actuals. *Pediatr Catalana*. 2023;83(4):149-54.
2. Brooks LJ, Topol HI. Enuresis in children with sleep apnea. *J Pediatr*. 2003;142(5):515-8.
3. Jansson UB, Hanson M, Sillén U, Hellström AL. Voiding pattern and acquisition of bladder control from birth to age 6 years—A longitudinal study. *J Urol*. 2005;174(1):289-93.
4. Nevés T, Fonseca E, Franco I, Kawauchi A, et al. Management and treatment of nocturnal enuresis—An updated standardization document from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol*. 2020;16(1):10-9.
5. Caldwell PH, Codarini M, Stewart F, Hahn D, Sureshkumar P. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5(5):CD002911.
6. O'Flynn N. Nocturnal enuresis in children and young people: NICE clinical guideline. *Br J Gen Pract*. 2011;61(586): 360-2.
7. Evans JH. Evidence based management of nocturnal enuresis. *BMJ*. 2001; 323(7.322):1167-9.