

Enurese Nocturna: a Experiência de uma Consulta Especializada no CHPV/VC

Pedro Silva Almeida¹, João Ricardo Alves Monteiro², Célia Madalena³

RESUMO

Introdução: A enurese nocturna (EN) é um problema comum em Pediatria. Aos 5 anos, a sua prevalência é de cerca de 15%. A maioria corresponde a EN Monossintomática (ENM).

Objectivos: Caracterizar a população de crianças com EN seguidas na consulta de Enurese (CE) do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPV/VC).

Material e métodos: Estudo observacional, analítico e retrospectivo dos doentes da CE do CHPV/VC com 1ª consulta entre Julho/2003 e Dezembro/2007. Dados recolhidos da consulta do processo clínico tratados em Microsoft Excel 2007®.

Resultados: Incluídas 137 crianças (67% rapazes), entre os 5 e os 17 anos. Em 87,6% a EN era primária, em 57,7% era ENM, em 76,5% havia episódios todas as noites e em 72% havia poliúria. Todas as crianças efectuaram exame de urina tipo II.

Dos 77 casos de ENM, em 3 foram instituídas inicialmente apenas medidas de reforço positivo, tendo-se verificado cura em 2; em 74 foi instituído tratamento com desmopressina, curando 42%. Em 17 casos foi associado alarme sonoro (AS) à desmopressina, curando 88,2%.

Nos 53 casos de EN Não-Monossintomática (ENNM) foi instituído tratamento com oxibutinina em todos os casos, com cura em 11% (em monoterapia). Em 47 crianças foi associada desmo-

pressina, com cura em 43%. Em 7 casos associou-se AS à desmopressina, com cura em 43%.

Discussão e conclusão: Na ENM houve bons resultados associando desmopressina ao AS, quando esta não teve sucesso terapêutico isoladamente. Nos casos de ENNM verificou-se que a terapêutica isolada com oxibutinina foi pouco eficaz, recorrendo-se frequentemente à associação de 2 fármacos e/ou AS.

Palavras-chave: Enurese, crianças, tratamento

Nascer e Crescer 2010; 19(3): 144-148

INTRODUÇÃO

A Enurese Nocturna (EN) é um problema comum em idade pediátrica⁽¹⁾, sendo a patologia urológica pediátrica mais frequentemente observada ao nível dos Cuidados de Saúde Primários⁽²⁾. É definida como uma micção normal involuntária durante a noite, após os cinco anos de idade^(2,3). Trata-se de uma causa importante de stress para a família e para a criança, podendo causar significativa diminuição da sua auto-estima. Cerca de 15% das crianças entre os cinco e os seis anos apresenta enurese^(1,2). Dois estudos portugueses revelaram uma prevalência de Enurese Nocturna entre os 6,1 e os 15,6%, ambos realizados em crianças do ensino primário^(3,4). A EN é duas a três vezes mais frequente em rapazes do que em raparigas^(1,5) e tem uma taxa de resolução espontânea de cerca de 15% por ano^(1,2). A probabilidade de resolução espontânea da enurese é tanto menor quanto maior for a duração da enurese⁽¹⁾.

A EN é classificada em Primária ou Secundária e em Monossintomática ou Não-Monossintomática. A EN Primária é

definida em crianças que nunca tiveram controlo vesical e a EN Secundária surge em crianças que tiveram um controlo vesical prévio de pelo menos seis meses. Na EN Monossintomática não há sinais ou sintomas urinários diurnos e representa cerca de 80 a 85% dos casos^(1,2). No que diz respeito à EN Não-Monossintomática, há uma associação de sinais ou sintomas urinários diurnos, tais como poliúria, imperiosidade ou incontinência, sugestivos de instabilidade vesical⁽²⁾.

A etiologia da EN permanece mal esclarecida, pensando-se que é de causa multifactorial. Em cerca de 2 a 3% podem ser encontradas causas orgânicas, tais como infecção do trato urinário, malformações urológicas, obstipação e/ou encoprese, síndrome de apneia obstrutiva do sono ou diabetes. Várias teorias têm sido estudadas, desde a hereditariedade, o ritmo circadiano da produção de vasopressina, o ambiente psicossocial e familiar, a fisiologia do sono ou a disfunção vesical^(1,3).

A intervenção terapêutica apropriada justifica-se pelos benefícios psico-afectivos e sociais para a criança e a sua família. Existem várias opções terapêuticas, que englobam terapêutica comportamental (reforço positivo, treino vesical), alarme sonoro e o uso de fármacos (desmopressina, oxibutinina, entre outros)^(1,2,5,6).

Com este trabalho pretendeu-se caracterizar a população de crianças com EN seguidas na Consulta de Enurese do CHPV/VC, bem como avaliar a resposta ao tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efectuado um estudo retrospectivo com recolha de dados dos processos clínicos das crianças seguidas na Consulta

¹ UCSP Modivas, ACES Grande Porto V – Póvoa de Varzim/Vila do Conde

² USF das Ondas, ACES Grande Porto V – Póvoa de Varzim/Vila do Conde

³ Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

de Enurese do CHPVVC no período entre Julho de 2003 e Dezembro de 2007.

A população do estudo corresponde à totalidade de crianças seguidas na referida consulta, que tiveram a primeira consulta no período referido. A recolha dos dados foi feita pela análise dos processos clínicos (Figura 1) e foram definidos como critérios de exclusão a ausência de consulta de seguimento e a existência de processo clínico incompleto.

Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, proveniência, tipo de enurese, número de noites molhadas por

semana, número de micções por noite e padrão miccional diurno (através de informação subjectiva referida pelos pais), ingestão hídrica habitual, características do sono, uso de fralda, co-morbilidades [obstipação definida como diminuição da frequência da defecação (< 3 defecções por semana) ou defecação acompanhada de dor ou desconforto e encoprese, definida como expulsão de fezes (voluntária ou involuntária) em local não apropriado ou perda involuntária e repetida de fezes, sujando continuada ou frequentemente a roupa interior]⁽⁷⁾, história familiar, repercus-

são na família, motivação da criança para o tratamento, tratamento prévio, exames auxiliares de diagnóstico, tratamento, resposta ao tratamento e data de alta. A resposta ao tratamento foi definida como: (1) Cura, se a criança apresentou menos do que uma noite molhada por mês durante pelo menos 3 meses após suspensão do tratamento; (2) Melhoria, se houve uma diminuição igual ou superior a 50% do número de noites molhadas; (3) Mesmo estado, se o número de noites molhadas se manteve inalterado ou houve uma diminuição inferior a 50% do número de noites molhadas; (4) Bem sob tratamento se a criança apresentou menos do que uma noite molhada por mês.⁽⁸⁾

Os dados foram registados e processados em Microsoft Excel 2007®.

RESULTADOS

Foram 148 as crianças observadas em Consulta Externa de Enurese no CHPVVC. Destas, foram excluídas 11 por informação incompleta no processo clínico ou por ausência de consultas de seguimento. Assim, foram incluídas 137 crianças neste estudo, 67% do sexo masculino. A maioria das crianças tinha entre 5 e 8 anos à data da primeira consulta, com uma média de 7 anos e 10 meses de idade e uma mediana de 7 anos (Figura 2).

A maioria dos doentes apresentava EN Primária (87,6%), Monossintomática (57,7%), usava fralda à data da 1.ª consulta (51%), molhava 7 noites por semana (76,5%) e molhava a cama mais de uma vez por noite (72%). O sono profundo era também uma característica referida na maioria destes doentes (87,5%), assim como o hábito de ingerir bebidas gaseificadas ou com cafeína durante o dia e beber leite ou água ao deitar (73%).

A maioria apresentava antecedentes familiares de enurese (77%). Havia pelo menos uma co-morbilidade associada em 78% dos casos, sendo as mais prevalentes a obstipação (37 casos) e a encoprese (17 casos). Em 51,5% dos casos era referido (pela criança ou pelos pais) que a enurese tinha impacto no seu bem-estar e repercussão nas relações familiares.

A abordagem terapêutica anterior à primeira consulta de EN no CHPVVC já

Consulta de Enurese			
Proveniência:			
Data 1ª Consulta	Idade	Ano Escolar	data de Alta
História Clínica			
Características da enurese:		Usa fralda: sim/não	
Primária: ____		Idade de controle diurno/noct: ____	
Secundária: ____			
Registo da enurese:			
Nº de noites/semana nas 2 últimas semanas: ____			
Nº de micções/noite: ____ Volume das micções: abundante/escassa			
Características do sono: sono profundo com despertar difícil? sim/não Hora de deitar: ____			
Hábitos de ingestão de líquidos:			
Leite ao deitar: ____ água à noite: ____ Bebidas gaseificadas: ____ Bebidas com cafeína: ____			
Padrão miccional diurno: polaquiúria: __, imperiosidade miccional: __, incontinência: __			
Tipo de Enurese: Monossintomática: __ Polissintomática: __			
Comorbilidades:			
Antecedentes de ITU: __		Uropatia: __ Hiperactividade: __	
Obstipação/Encoprese: __		Síndrome da apneia obstrutiva do sono: __	
História familiar:			
Repercussão da enurese na família/conflitos? ____			
Motivação para resolução do problema? ____			
Tratamentos anteriores e duração: ____			
Exame Objectivo			
Peso = ____ Altura = ____ TA = ____			
Exame do abdómen, região lombossagrada, e genitais externos			
Exame neurológico			
Exames Complementares			
Urina II: Densidade: ____ Glicose: __ Proteínas: __		Urocultura: ____	
Ecografia Renovesical com avaliação das características da parede vesical, cálculo do volume em repleção e pesquisa de resíduo pós-miccional:			
Outros (CUMS, DMSA, Estudo Urodinâmico): ____			
Orientação		Avaliação da resposta	
Medidas de reforço positivo		Cura	
Desmopressina		Melhoria	
Alarme sonoro		Mesmo estado	
Oxibutinina		Bem sob tratamento	

Figura 1 – Folha de registo usada na Consulta de Enurese do CHPVVC

havia sido realizada em 48% dos doentes, tendo sido a desmopressina o fármaco mais frequentemente prescrito (92% dos casos).

As crianças foram observadas na consulta, em média, 1 a 3 meses após o início do tratamento, sendo reavaliadas de 3 em 3 meses. A última consulta era geralmente 3 meses após a suspensão do tratamento.

O tempo médio de seguimento foi de 12,6 meses (mínimo: 6 meses; máximo: 44 meses).

Todos os doentes realizaram exame de urina tipo II na avaliação inicial; 74 doentes realizaram ecografia renovesical, 9 realizaram cintigrafia renal com DMSA (Scan com ácido dimercaptosuccínico) e 4 realizaram Cistouretrografia miccional seriada (CUMS) (Figura 3).

Em 7 casos não foi possível obter dados relativamente à resposta ao tratamento. Relativamente aos doentes com EN Monossintomática (N=77), 3 foram tratados, inicialmente, apenas com reforço positivo, 57 com desmopressina oral e 17 com desmopressina oral associada ao alarme sonoro.

Das 3 crianças tratadas apenas com medidas de reforço positivo (RP), 2 (66,7%) ficaram curadas; das tratadas com desmopressina e RP (n=57) a resposta foi favorável em 86% (49/57), com cura em 54,4% (31/57) e nos casos tratados com alarme sonoro associado a desmopressina e RP (n=17) 88,2% (15/17) ficaram curados (Figura 4).

No conjunto de crianças com EN Monossintomática, 62,3% (48/77) ficaram curadas, 3,9% (3/77) encontravam-

-se bem sob tratamento, 22% (17/77) tiveram melhoria, enquanto que 11,7% (9/77) mantiveram o mesmo estado com o tratamento instituído.

Todas as crianças com EN Não-Monossintomática (N=53) foram tratadas inicialmente com oxibutinina, em 40 casos associou-se à oxibutinina a desmopressina oral e em 7 crianças foi usado o alarme sonoro após tratamento prévio com oxibutinina e desmopressina oral. Com o tratamento isolado com oxibutinina verificou-se cura da enurese em 6 casos (11,3%). Dos casos tratados com oxibutinina e desmopressina oral, 90% (36/40) responderam favoravelmente, e metade (20/40) ficaram curados. Nos doentes medicados com oxibutinina e desmopressina associadas a alarme sonoro, 86% (6/7) responderam favoravelmente e 42,9% (3/7) ficaram curados (Figura 5).

Destas abordagens terapêuticas resultou uma taxa de cura global das crianças com EN Não-monossintomática de 54,7% (29/53), 9,4% (5/53) encontravam-se bem sob tratamento, em 26,4% (14/53) verificou-se melhoria da sintomatologia e 9,4% das crianças (5/53) mantiveram o mesmo estado clínico.

Dos doentes avaliados neste estudo, 58% já tiveram alta da consulta, 10% encontram-se em seguimento e 32% abandonaram a consulta.

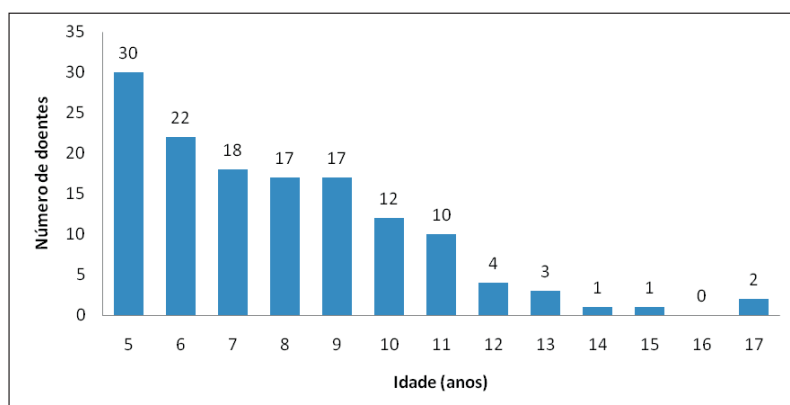


Figura 2 – Distribuição dos doentes por idade em anos (N=137)

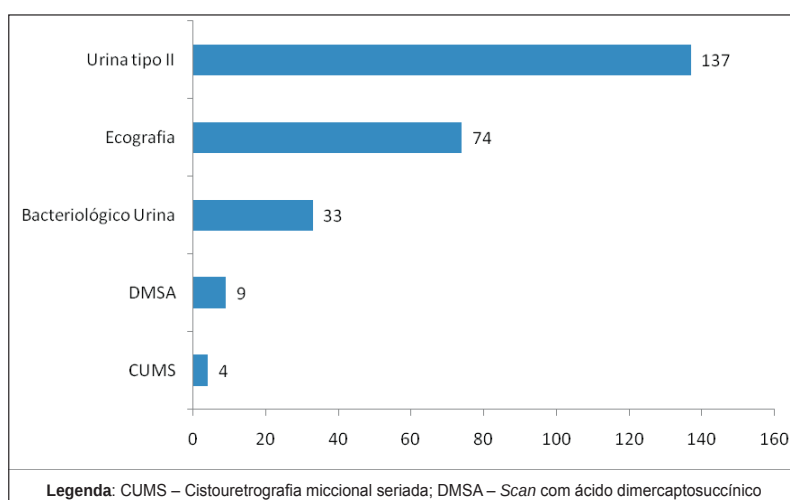


Figura 3 – Número de doentes que realizaram exames complementares de diagnóstico

CONCLUSÕES

O estudo da consulta de Enurese do CHPV/VC revelou uma população maioritariamente do sexo masculino, que predominantemente molhava a cama todas as noites e mais do que 1 vez por noite.

O facto de ser causa de conflito familiar em 51,5% dos casos e de 24% das crianças terem idade igual ou superior a 10 anos à data da primeira consulta demonstram a importância da patologia em causa e do grau de perturbação que pode ter no dia-a-dia dos doentes e suas famílias.

Na maioria dos casos havia história familiar positiva (77%), o que demonstra a importância da herança familiar nesta patologia.

Em 46% dos casos já havia sido tentada uma abordagem terapêutica prévia, maioritariamente com desmopressina, sem sucesso provavelmente devido aos curtos

períodos de tratamento ou à existência de sintomatologia diurna associada.

Como abordagem terapêutica inicial, a todas as crianças são instituídas medidas de reforço positivo, que consistem em retirar as fraldas, realizar o registo das noites secas e sua valorização, reforçar a ingestão de líquidos durante o dia e o treino vesical (espaçar as micções e interromper o jacto urinário), reduzir a ingestão de líquidos nas 2 horas prévias à hora de deitar, urinar antes de deitar e ao acordar. Procede-se também ao tra-

tamento da obstipação e/ou encoprese quando existentes.

Estima-se que 30% das crianças com enurese respondem totalmente ao tratamento com a desmopressina e 40% têm resposta parcial⁽⁹⁾. O mecanismo de acção da desmopressina (análogo sintético da hormona antidiurética) parece resultar não só da sua actividade antidiurética, mas também da sua acção a nível do sistema nervoso central^(8,9,10). A desmopressina intranasal deixou de ser recomendada no tratamento da enurese,

existindo a formulação oral em comprimidos e liofilizado oral, este último disponível em Portugal desde Outubro de 2008. Na Consulta de Enurese avaliada neste estudo, a formulação oral foi utilizada em substituição da intranasal a partir de 2004, na dose de 10 a 40 µg.

Nas crianças com ENM é pedida a análise de urina tipo II. Na ENNM para além da análise de urina tipo II é também realizada ecografia renovesical com avaliação do resíduo pós-miccional.

Assim, após a avaliação da população em estudo, verificou-se que foram realizados exames complementares de diagnóstico em 87 doentes. A ecografia renal foi efectuada em doentes com EN Não-monossintomática ou história prévia de infecção do tracto urinário; a DMSA e/ou CUMS foram realizadas no contexto de investigação de infecções urinárias febris ou assimetria renal.

No tratamento da EN Monossintomática (57,7% dos casos), a desmopressina em monoterapia teve uma resposta positiva em 66% das crianças e curou 42% das mesmas. A associação do alarme sonoro com a desmopressina, nos casos em que a monoterapia com desmopressina não revelou resultados satisfatórios, teve uma resposta positiva em 100% dos casos, curando 88% dos doentes. Não se verificou a ocorrência de efeitos laterais.

A oxibutinina é usada para melhorar a capacidade vesical e reduzir a hiperactividade do detrusor na ENNM. Estudos recentes referem benefício do seu uso na EN monossintomática nas crianças que não respondem à terapêutica isolada com desmopressina⁶.

O tratamento das crianças com EN Não-Monossintomática foi individualizado. Em 6 crianças (11,3%), a cura ocorreu com esquema de oxibutinina isolada. A associação de oxibutinina com desmopressina foi usada em 40 casos, com resposta positiva em 90% dos casos e cura em 50% dos mesmos. Por fim, em 7 doentes, foi feita a associação de alarme sonoro após a terapêutica com desmopressina e oxibutinina, com resposta positiva em 86% dos doentes e cura em 43%.

As medidas de reforço positivo, apesar de importantes porque permitem

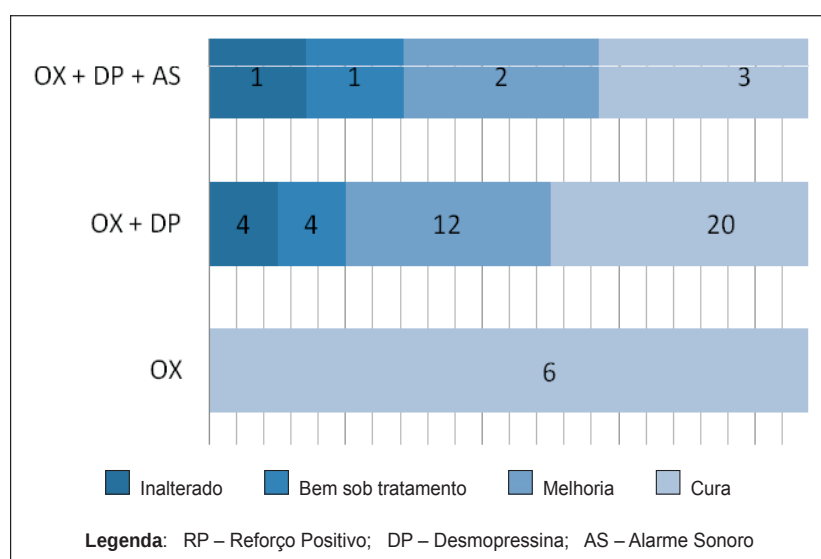


Figura 4 - Tratamento dos doentes com Enurese Monossintomática (N=77)

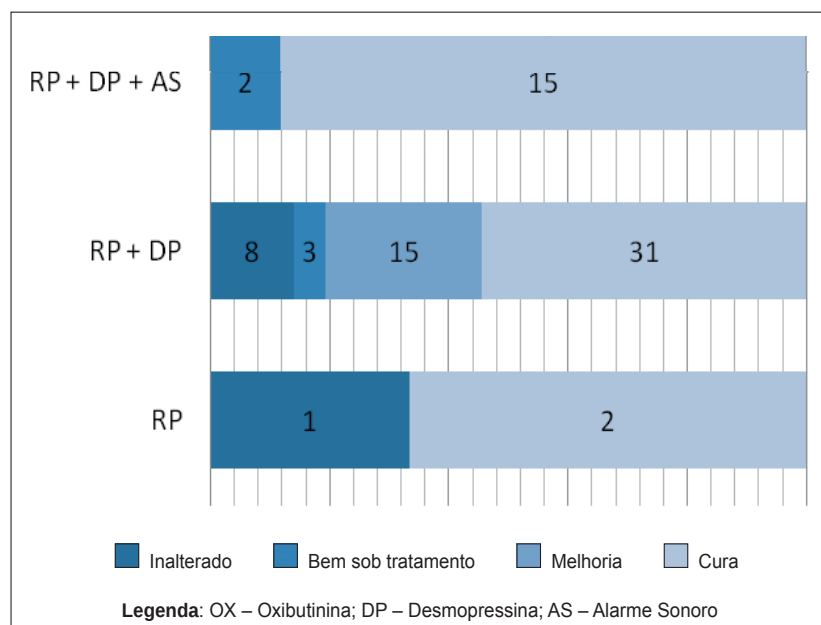


Figura 5 - Tratamento dos doentes com Enurese Não-Monossintomática (N= 53)

à criança participar activamente no tratamento, apresentam sucesso terapêutico reduzido. Todavia devem ser aconselhadas numa abordagem inicial.⁽⁸⁾

O alarme sonoro resulta em cura em cerca de 2/3 das crianças⁽⁹⁾. Trata-se de um tratamento comportamental com efeito condicionado a nível do sono, facilitando a inibição do reflexo de micção e aumentando a capacidade vesical⁽⁹⁾. No entanto, requer motivação e colaboração por parte da criança e seus familiares. É considerado pela maioria dos autores como o tratamento mais eficaz, requerendo um mínimo de 2 a 3 meses de aplicação ou até um mínimo de 14 noites secas consecutivas. As recaídas implicam um segundo curso de tratamento⁽⁹⁾. O tratamento combinado com a desmopressina é defendido por alguns autores, particularmente nas crianças mais velhas com grande número de episódios enuréticos, com o objectivo de aumentar o número de noites secas e aumentar a motivação da criança e dos pais para o tratamento, fundamentais para o sucesso terapêutico⁽¹¹⁾.

Verificou-se neste estudo que em doentes com EN Monossintomática o uso de alarme sonoro em associação com desmopressina teve uma taxa de cura de 88,2%. Em doentes com EN Não-monossintomática, mesmo com terapêutica optimizada com desmopressina, oxibutinina e alarme sonoro, a taxa de cura não ultrapassou os 42,9%.

Os resultados favoráveis, provavelmente, traduzem a abordagem terapêutica individualizada, tendo em conta a multiplicidade de factores implicados na Enurese.

O estudo realizado apresenta algumas limitações metodológicas, nomeadamente o tamanho amostral pequeno, o facto de se tratar de um estudo retrospectivo e o uso de variáveis pouco objectivas, tais como a avaliação do padrão miccional diurno e nocturno, que se basearam num questionário subjectivo aos pais e não numa folha de frequência/volume, diário miccional ou pesagem da fralda, que são formas mais mensuráveis destas variáveis.

NOCTURNAL ENURESIS: EXPERIENCE OF A SPECIALIZED CONSULTATION AT CHPV/VC

ABSTRACT

Introduction: Nocturnal enuresis (NE) is a common problem in childhood healthcare. At the age of 5 nocturnal enuresis' prevalence is 15%. Most patients have monosymptomatic NE (MNE).

Objectives: To study the children with NE followed at the Enuresis Consult at the Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde(CHPV/VC).

Material and methods: Observational, analytic and retrospective study of the patients of the Enuresis Consult at the CHPV/VC, with the first appointment between July 2003 and December 2007. The data was collected from clinical files and coded with Microsoft Excel 2007©.

Results: The study included 137 children (67% of males), aged 5 to 17 years. In 87,6%, the NE was primary, in 57,7% it was MNE; in 76,5% there was enuresis every night and in 72% there was polyuria. All the children performed a urine analysis.

Of the 77 cases of MNE, in 3 children positive enforcement was instituted with cure in 2; 74 children were treated with desmopressin, curing 42%. In 17 patients the alarm was associated to desmopressin, curing 88,2%.

In the 53 cases of non-monosymptomatic NE (NMNE) it was instituted treatment with oxibutinin, with a cure rate of 11%. In 47 children desmopressin was added, with a cure rate of 43%. In 7 the desmopressin was associated to the alarm, with a cure rate of 43%.

Discussion and conclusion: The association of desmopressin with alarm was efficacious in the treatment of MNE. In cases of NMNE the therapy with oxybutynin alone was ineffective, often resolving with the combination of two drugs and/or alarm.

Keywords: Enuresis, children, treatment

Nascer e Crescer 2010; 19(3): 144-148

BIBLIOGRAFIA

1. Gonzalez ET, Tu ND. Approach to the child with nocturnal enuresis, UpToDate 17.1, 2009
2. Reis A, Coelho P. Enurese Nocturna – Orientação pelos Cuidados de Saúde Primários, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2007;23:279-88
3. Fonseca CB. Enurese Nocturna – Prevalência na Comunidade, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2002;18:155-61
4. Silva A, Freitas A, Oliveira P, Machado E. Enurese: prevalência e factores associados em crianças em idade escolar (1º ciclo): estudo epidemiológico. Acta Pediátrica Portuguesa, 2004; 35: 413-9
5. Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Detering RR. Current Diagnosis & Treatment in Pediatrics, 18th edition, McGraw Hill, 2007; 204-6
6. Robson W. Evaluation and Management of Enuresis. N Engl J Med 2009; 360: 1429-36
7. Videira AJM. Tratado de Clínica Pediátrica. 1ª edição. Abbott, 2008; 1: 547-552.
8. Madalena C, Teixeira P, Matos P. Enurese – Tratamento e evolução. Saúde Infantil, 1999; 21/3:15-23
9. Neveus T, Eggert P, Evans J, e tal. Evaluation of and Treatment for Monosymptomatic Enuresis: A Standardization Document From the International Children's Continence Society. J Urol 2010, 183: 441-447
10. Eggert P, Muller-Scluter K, Muller D. Regulation of Arginine Vasopressin in enuretic Children Under Fluid Restriction. Pediatrics 1999; 103: 452-455
11. Bradbury MG, Meadow. Combined treatment with enuresis alarm and desmopressin for nocturnal enuresis. Acta Paediatr 1995; 84: 1014-8

CORRESPONDÊNCIA

João Ricardo Alves Monteiro
Rua Frei João de Vila do Conde, 12, 2º
4480-817 Vila do Conde
Tlm: (00351) 912 811 613
E-mail: jramonteiro@gmail.com