

## Neorganická enuréza a enkopréza

### Neorganická enuréza (F98.0)

Mimovolní pomočení u dětí starších pěti let, ke kterému dojde minimálně dvakrát za měsíc. Není přítomna organická příčina. **Primární enuréza** – nikdy nebyl suchý interval, tj. dítě se pomočuje od narození dosud. **Sekundární enuréza** – dítě se alespoň 6 měsíců nepomočovalo. Dále lze rozdělit enurézu na **denní a noční**. Noční enuréza se vyskytuje asi u 80 % všech případů, kombinovaná noční a denní enuréza asi u 15 % a samostatná denní enuréza u 5 %. Musíme ji odlišit od inkontinence moči.

### Epidemiologie

V 5 letech asi u 16 %, v 7 letech u 7 % a ve 14 letech u necelých 2 %. V dospělosti asi 0,5 %. Primární enuréza je 2x častější než enuréza sekundární. Do věku sedmi let je enuréza stejně častá u obou pohlaví, poté stoupá zastoupení chlapců, takže v 11 letech je počet chlapců dvojnásobný oproti dívkám. U samostatné denní enurézy převažují naopak dívky nad chlapci.

### Klinický obraz

Bezděčné pomočování ve dne nebo v noci. Toto pomočování je pro mentální věk postiženého nenormální a není důsledkem neurologické poruchy, EPI záchvatů či strukturální anomálie močového traktu. Dítě může mít období, kdy se pomočí denně, a naopak delší období zcela suché. Někdy bývá enuréza v kombinaci s enkoprézou. Primární enuréza bývá též kombinována s hyperkinetickým syndromem. Potíže přináší emocionální problémy a sekundárně vede k neurotizaci.

### Etiologie

**Hereditární vlivy:** Asi u 2/3 nacházíme pozitivní RA u příbuzných I. stupně.

**Organické vlivy:** Nezralost CNS a vývojové opoždění souhry mezi močovým měchýřem a CNS ve spánku. Vyšší dráždivost močového měchýře, někdy jeho nižší kapacita. Tyto vlivy ve spojení s velmi tvrdým spánkem, popisovaným u těchto dětí, vedou k tomu, že se dítě při naplnění močového měchýře neprobudí a ve spánku se pomočí.

**Psychogenní vlivy:** Spíše se uplatňuje u sekundární enurézy. Dítě může reagovat vznikem pomočování na narození sourozence, vstup do kolektivního zařízení, rozvod rodičů, ztráta blízké osoby, školní problémy atd. Velký význam má neurotizace dítěte obtížemi samotnými, ta pak může enurézu dále zesilovat. I u prim. enurézy mohou psychogenní vlivy obtíže zesilovat, enuretické dítě se pomočí po hádce rodičů, v očekávání písmenky ve škole apod.

### Diferenciální diagnóza

Je třeba vyloučit organickou příčinu, zaměřit se na vývojové anomálie močového ústrojí. Musí se vyloučit onemocnění spojená s větší tvorbou moči, jako je DM, diabetes insipidus. Je nutno myslet na neurologická onemocnění včetně EPI.

### Terapie

**Režimová opatření:** Správný pitný režim a mikční režim, s převahou tekutin během dne a s menší potřebou příjmu tekutin na noc. Samo omezování pití večer není vhodné a bývá zdrojem napětí v rodině. Dítě by mělo vyhovět prvnímu nucení na moč.

**Medikamentózní léčba:** V případě neúspěchu režimových opatření. Lze použít antidiuretický hormon, tricyklická antidepresiva.

**Použití budících přístrojů:** Zařízení reagující na počátek mikce signalizací, která vede k probuzení dítěte.

**PT a práce s rodinou:** PT z důvodu případných primárních psychogenních vlivů, tak i z důvodů sekundární neurotizace obtížemi. Podpůrná PT, psychoanalyticky orientované i behaviorální. Nutná je práce s rodiči.

### **Neorganická enkopréza (F98.1)**

Opakovaná mimovolní defekace u dětí starších 4 let, při normální konzistenci stolice a bez zjištěné organické příčiny. **Primární enkopréza** – dítě nikdy neudrželo čistotu, **sekundární enkopréza** – dítě čistotu udržovalo.

### **Epidemiologie**

Kolem 4. roku věku se s neudržením čistoty setkáváme u 3 % dětí, v 8 letech asi u 1,5 %. Chlapci jsou postiženi častěji. Mezi 10. – 12. rokem života se enkopréza vyskytuje u 1,3 % chlapců a 0,3 % dívek. Často je spojena s enurézou.

### **Klinický obraz**

Hlavním dg rysem je mimovolní defekace v oblečení na nevhodných místech. Může jít o defekaci normálního množství stolice v oblečení, ale i umazání spodního prádla stolicí. V některých případech může být stolice rozmazávána po těle, případně po vnějším okolí, např. po zdech. K defekaci či umazání stolicí dochází převážně přes den.

### **Etiologie**

Může být důsledkem nepřiměřeného nácviku čistoty – nadměrný tlak rodičů. Rovněž opačná postoj – zanedbávající výchova. Negativním faktorem může být fyziologické zadržování stolice, např. v důsledku bolestivé defekace při anální fisuře, u úzkostných dětí nemožnost defekace v kolektivním zařízení apod. Významné jsou vlivy psychologické – konflikty v rodině, konfliktní vztah dítěte k rodičům, problémy s vrstevníky ve škole. Může se objevit po narození sourozence či po vstupu do kolektivního zařízení.

### **Diferenciální diagnóza**

Vyloučit organickou příčinu neudržení stolice, jako je megakolon, neurologická onemocnění, onemocnění střev.

### **Terapie**

Závislá na etiologických vlivech. Nácvik čistoty, tzv. defekační režim. Dítě učíme chodit na stolicí ráno, po předchozí provokaci defekace napitím vlažné vody a najedením zbytkovou stravou. Behaviorální terapie, dynamicky orientovaná herní terapie, rodinná terapie.

Zdroj: Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol. (2008). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál.