

دراسة نتائج الهرمون المضاد للإدرار على تبول الفراش

الدكتور مازن علوش*

(تاريخ الإيداع 16 / 8 / 2011. قُبل للنشر في 18 / 3 / 2012)

□ ملخص □

يهدف البحث إلى الوصول للتدبير الأمثل لتبول الفراش الليلي، ومن أجل ذلك أجريت هذه الدراسة في مشفى الموساة الجامعي في الفترة ما بين 2004-2007 بطريقة تحليلية مستقبلية لا تحمل صفة العشوائية على 110 مريض. تم توصيف المرضى ووضعنا جداول مفصلة قمنا بمقارنتها بنسب عالمية. تم وضع خطة للتدبير وذلك بمعالجة الأعراض المرافقة وعلاج فيزيائي تأهيلي وتحديد الوارد والإقلال من المنبهات والمغاطس الحوضية. نبداً كخط أول في المعالجة بالديسموبريسين، وعند الاستجابة الجيدة نتابع المعالجة حتى 3 أشهر، و3 أشهر أخرى بعد خفض تدريجي للجرعة. ان كل مريض مصاب بتبول الفراش يجب أن يطبق عليه بروتوكول متكامل يتضمن علاجاً سلوكياً وتأهلياً يشترك فيه الطبيب والأهل والمريض نفسه ومن ثم دوائياً، كما أنه يحتاج لمتابعة جيدة. يعد التقييم البيوروديناميكي أساسياً وخاصة عند فشل المعالجة وحيث تحقق مضادات التشنج الكولينيرجية في حال وجود علامات لاضطراب ديناميكي في المثانة نتائج تصل لحوالي 90%، إضافة إلى كون تبول الفراش الليلي كاشفاً لمرض عضوي عصبي قد يدفع لمراقبة حثيثة للجهاز البولي العلوي، وقد ننتهي في أي مرحلة لوضع استطباجٍ جراحي منقذٍ.

الكلمات المفتاحية: سلس بولي - تبول الفراش - الدراسة البيوروديناميكية.

* مدرس في قسم الجراحة البولية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق - سورية.

Study of the Effect of ADH on Nocturnal Enuresis

Dr. Mazen Allouche*

(Received 16 / 8 / 2011. Accepted 18 / 3 / 2012)

□ ABSTRACT □

The study aims to achieve the ideal protocols for diagnosing and treating enuresis and for that, a study carried out in the Al-Uuwaasat Hospital of the out -patients from 2004-2007. 110 patients were analyzed as progressive analytic way. The patients were classified in descriptive tables in comparing data with referential results. The managements took care of the additional measurements as rehabilitation of bladder. We began Desmopressin as the first line therapy. In the case of positive results we continued the therapy every 3 month, 6 month, ending up in gradual reduction of the dosage. We have to apply complete protocols in which there are rehabilitation and medical therapies, that all physician and parents take their roles. The urodynamic evaluation is essential, especially in case of absence of success. Anticholinergic agents has a very good results in the presence of urodynamic disturbance may reach up to 90 %. Enuresis may be relevant to syndrome of neurologic disease demand a very adherent surveillance might put in consideration a surgical solution.

Keywords: incontinence, enuresis, urodynamic studies

* Assistant Professor, Urinary Surgery Department, Medicine Faculty, Damascus University, Syria.

مقدمة:

يعرف تبول الفراش الليلي بأنه الإفراغ اللاإرادي للبول في على الأقل ليلتين في الشهر الواحد وبعد السن الذي تتم فيه عادة السيطرة الطبيعية على إفراغ المثانة (أي بين 4-6 سنوات) وذلك في غياب أية عيوب خلقية أو مكتسبة في الجهاز البولي وللشكل المختلط الذي يكون فيه مرافقا لآفة مرضية، مثل الانتان البولي، الآفة العصبية، أو الاضطراب البولي الوظيفي [4]. قد يكون تبول الفراش بدنيا ذاتي المنشأ ناجماً عن تأخر النضج، أو ثانوياً لاضطراب في النوم، أو لنقص في إفراز الفازوبريسين النخامي، أو لعامل عائلي، أو نفسي المنشأ [1]. يصاب 15% من الأطفال بعمر (5) سنوات بهذا المرض، كما أن 15% من المصابين يشفون بشكل عفوي سنوياً.

في حال إصابة أحد الوالدين فإن نسبة الإصابة عند الولد تصل حتى 45%، وتصل حتى 77% في حال إصابة الوالدين. يعد هذا المرض أكثر شيوعاً عند الأطفال الذين لديهم اضطراب وظيفي تبولي مثل تناذر عسر التبول الوظيفي الذي يكثر عند البنات قبل سن المدرسة، وهو غالباً يترافق بإلحاح التبول الذي يجبر الطفل لأخذ وضعية القرفصاء، وتبول فراش ليلي ونهاري [5] [3].

يمكن أن يرافق الإمساك تبول الفراش الليلي، والآلية غير معروفة، إلا أن الضغط الناجم عن البراز في القولون النازل والسين يمكن أن يحرر تقلصات غير مثبطة للمثانة [6]. قد يترافق تبول الفراش باضطراب التنفس في أثناء النوم، وأشيع سبب لذلك عند الأطفال هو التهاب اللوزات [2].

البيلة التفهة هي سبب غير شائع لتبول الفراش الليلي، ويمكن أن تكون بيلة تفهة مركزية أوكلوية المنشأ [8]. معظم الأطفال الذين لديهم سلس بولي وحيد العرض لا يوجد عندهم أمراض عضوية في الجهاز البولي. إذا وردت أعراض نهائية عند الصبيان يجب إجراء تقييم شعاعي بحثاً عن وجود انسداد في مخرج المثانة أو تسكك في جدار المثانة أو استسقاء كلوي أو إفراغ غير كامل للمثانة [7].

إن حدوث تبول الفراش الليلي بشكل مفاجئ مع تعدد بيلات عند البنات الصغيرات قد يترافق بآفة طفيلية [9].

إن أهم العوامل التي تستدعي الدراسة اليوروديناميكية هي : وجود أعراض اضطراب بولي مرافق، الإنتانات البولية المتكررة، الشك بآفة عصبية، فشل علاج تبول الفراش الليلي [10].

تعتمد المعالجة على التعديل السلوكي، وتأهيل المثانة، والمعالجة الدوائية مثل : المينيرين، الأميترينتين الذي يحمل سمية قلبية، والأوكسيبوتينين، كما تتوفر المعالجة بجهاز الإنذار الشرطي [11].

أهمية البحث وأهدافه :

يهدف البحث إلى الوصول لتقييم أمثل لتبول الفراش الذي يشكل مشكلة صحية واجتماعية كثيرة الشروع، وإظهار أهمية الدراسة اليوروديناميكية التي تفرز الحالات المرضية عن الحالات الوظيفية، الأمر الذي يساعد على الوصول للبروتوكول الأمثل للعلاج .

طرائق البحث ومواده :

أجريت الدراسة في مشفى المواساة الجامعي على المرضى المراجعين للعيادات البولية والوحدة اليوروديناميكية وذلك بالفترة ما بين 2004-2007. تم إجراء الدراسة بطريقة تحليلية مستقبلية لا تحمل صفة العشوائية على

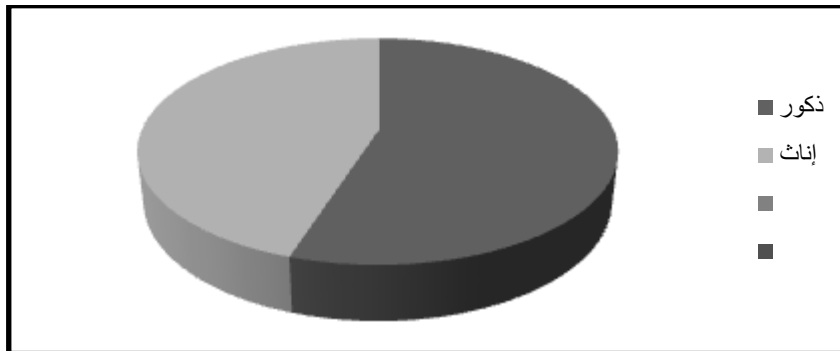
110مرضى. تم اختيار المرضى بين أعمار 5-18 سنة والذين ليس في سوابقهم تشوهات تشريحية أو عمل جراحي. تم تقييم المرضى بحسب بروتوكول محدد مسبقاً ومن قبل طبيب واحد يملأ استبياناً محدداً. فبعد إجراء استجواب دقيق وفحص سريري مفصل، يجرى للمرضى روتينياً فحص بول وفحص براز وصورة بسيطة للبطن وتصوير بالأشعة فوق الصوتية للجهاز البولي. وتجرى دراسة يوروديناميكية في استطببات محددة تحدد لاحقاً. تم وضع خطة للتدبير وذلك بإجراء المعالجة الفيزيائية لكل المرضى ونبدأ كخط أول بالديسموبريسين، وضمن بروتوكول علاجي زمني محدد يحدد لاحقاً.

النتائج والمناقشة:

قمنا بتوصيف المرضى ووضعنا جداول مفصلة مع مقارنتها بنسب عالمية نعرضها لاحقاً. توزع المرضى بحسب الجنس كما في الجدول (1) :

الجدول (1) يبين توزع الحالات بحسب الجنس ومقارنتها بالنسب العالمية

الجنس	عدد الحالات	النسبة المئوية	النسب العالمية
ذكور	66	55%	60%
إناث	54	45%	40%



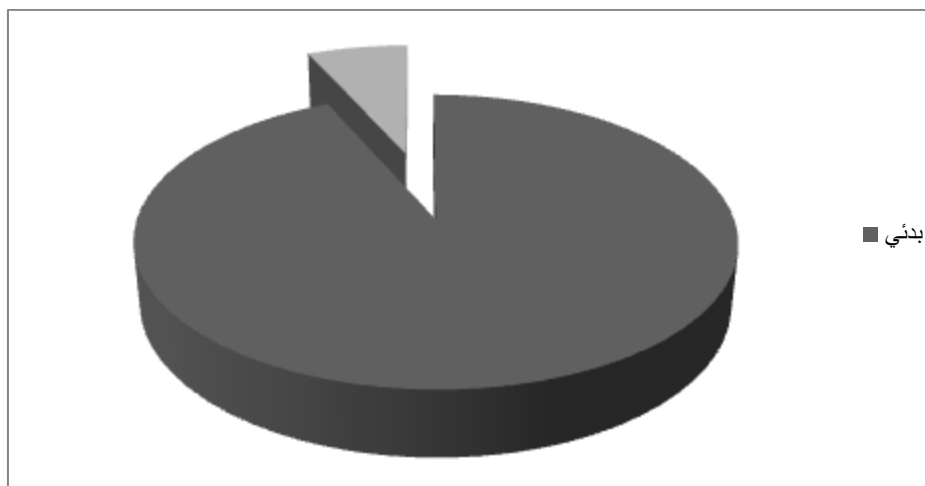
الشكل (1): يبين تفوق الذكور بالنسبة للإناث.

يلاحظ تفوق الذكور بالنسبة للإناث .

وتم تصنيف المرضى بحسب كون تبول الفراش بدئياً أو ثانوياً كما في الجدول (2) :

الجدول (2) يبين دراسة المرضى بحسب تصنيف تبول الفراش

النوع	عدد المرضى	النسبة المئوية
بدئي	112	93.34%
ثانوي	8	6.66%



الشكل (2): يبين تصنيف تبوال الفراش.

ونلاحظ أن معظم الحالات هي من الشكل البدئي .
وأما تصنيف المرضى بحسب كون التبول معزولاً أو مترافقاً بأعراض أخرى فيظهره الجدول (3)

الجدول (3) يبين توزع المرضى بحسب كون التبول معزولاً أو مترافقاً بأعراض أخرى

النوع	عدد المرضى	النسبة المئوية
تبوال فراش ليلي معزول	66	55%
تبوال فراش ليلي مترافقاً بأعراض أخرى	54	45%

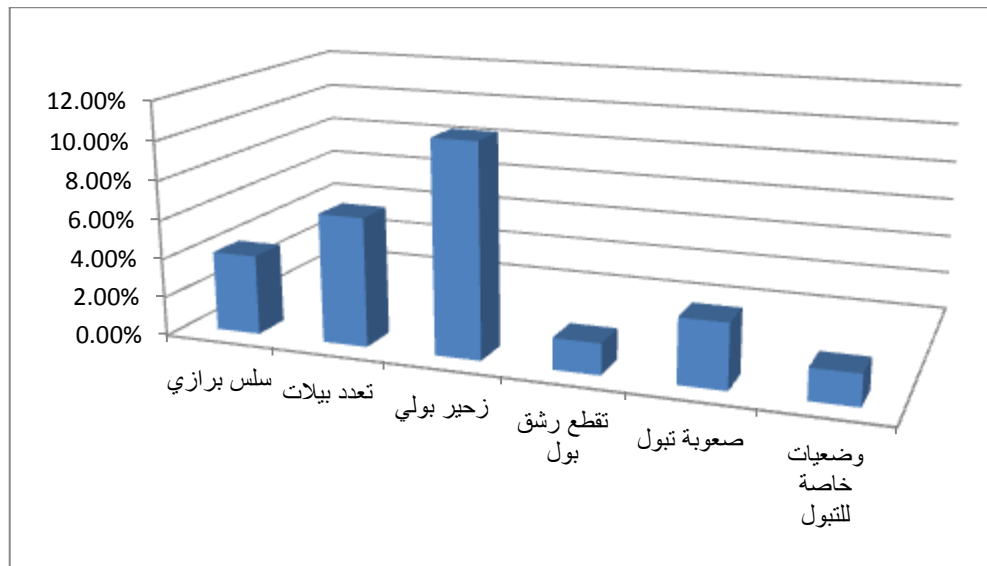


الشكل (3): المرضى بحسب كون التبول معزولاً أو مترافقاً بأعراض أخرى.

يلاحظ أنه في معظم الحالات لا يكون تبوال الفراش الليلي معزولاً .
ويمكن تلخيص الأعراض المرافقة لبول الفراش بالجدول (4) :

الجدول (4) يبين ترافق بعض الأعراض لتبوال الفراش

العرض	مجموع الحالات	النسبة المئوية
إمساك	20	16.6%
سلس برازي	5	4.1%
تعدد بيلات	8	6.6%
زحير بولي	13	10.8%
تقطع رشق بول	2	1.6%
صعوبة تبول	4	3.3%
وضعيات خاصة للتبول	2	1.6%
المجموع	54	44.6%



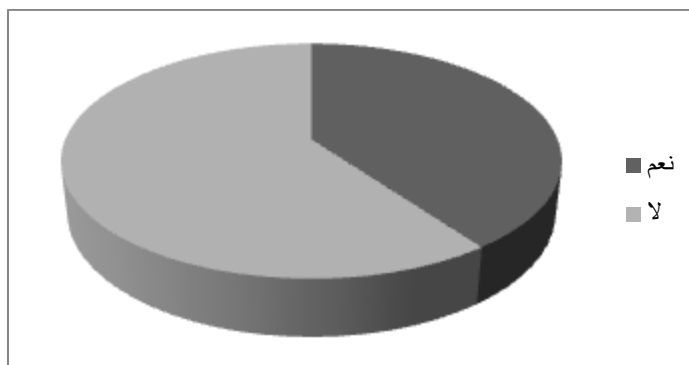
الشكل (4): يبين العوامل المرافقة لتبوال الفراش الليلي.

ونلاحظ أن أهم الأعراض المرافقة لتبوال الفراش الليلي هي الإمساك وبنسبة 16.6%.

أما من ناحية دراسة فيما إذا كان هناك قصة عائلية فيبين الجدول (5):

الجدول (5) يبين وجود القصة العائلية

القصة العائلية	عدد الحالات	النسبة المئوية
نعم	48	40%
لا	72	60%

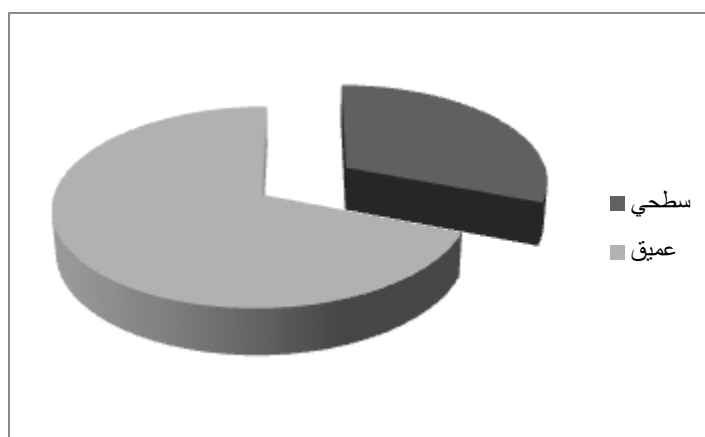


الشكل (5): يبين وجود القصة العائلية.

ونلاحظ من الجدول السابق وجود قصة عائلية بنسبة مهمة تصل لحوالي 40% وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية. ويعد استجواب الأهل لمعرفة سلوك النوم يمكن الحصول على الجدول (6):

الجدول (6) يبين سلوك النوم للأطفال المصابين

طبيعة النوم	عدد المرضى	النسبة المئوية
سطحي	37	30.9%
عميق	83	69.1%



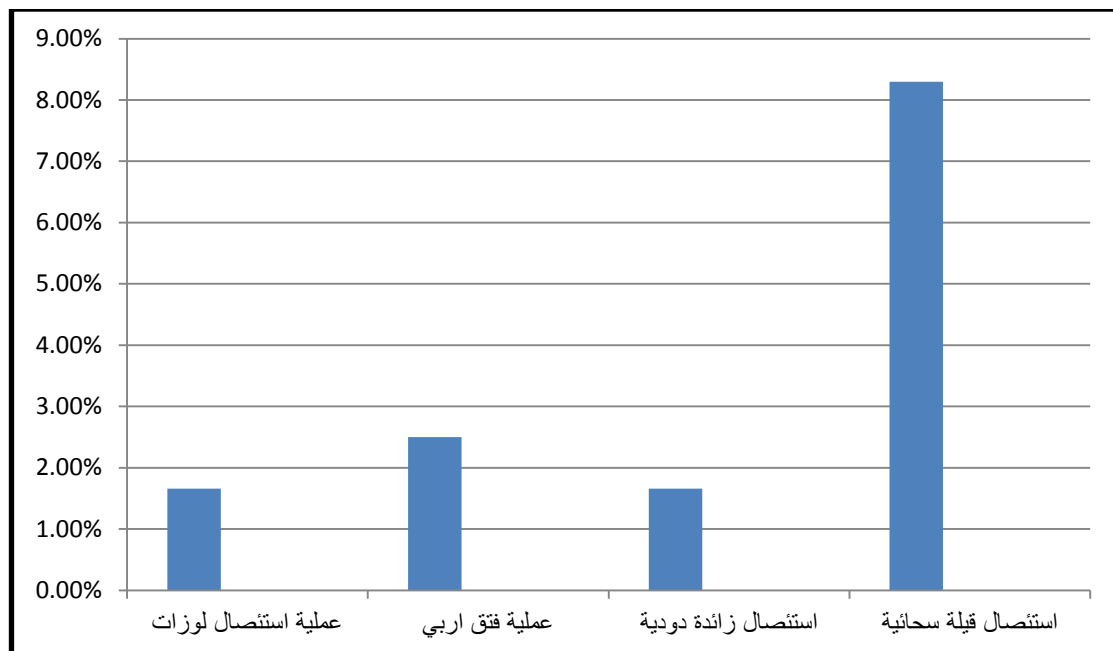
الشكل (6): يبين سلوك النوم.

ونلاحظ من الجدول السابق أنه ليس صحيحاً أن تبول الفراش الليلي يترافق بشكل مطلق بالنوم العميق للنوم، حيث لا يشكل أكثر من 30% .

وتم استقصاء السوابق الجراحية لكل المرضى والتي تم تلخيصها في الجدول (7):

الجدول (7) يبين السوابق الجراحية للمرضى.

السوابق الجراحية	عدد المرضى	النسبة المئوية
عملية استئصال لوزات	2	1.66%
عملية فتق اربي	3	2.5%
استئصال زائدة دودية	2	1.66%
استئصال قيلة سحائية	10	8.3%
المجموع	17	14.2%



الشكل (7): يبين السوابق الجراحية للمرضى.

نلاحظ من الجدول السابق أن القيلة السحائية التي تشكل حوالي 14.2% من الحالات قد تكون مرتبطة بأذية عصبية على مستوى الجهاز البولي السفلي. وفي إطار البحث عن انتان بولي كانت نتائج الفحص البولي كما في الجدول (8):

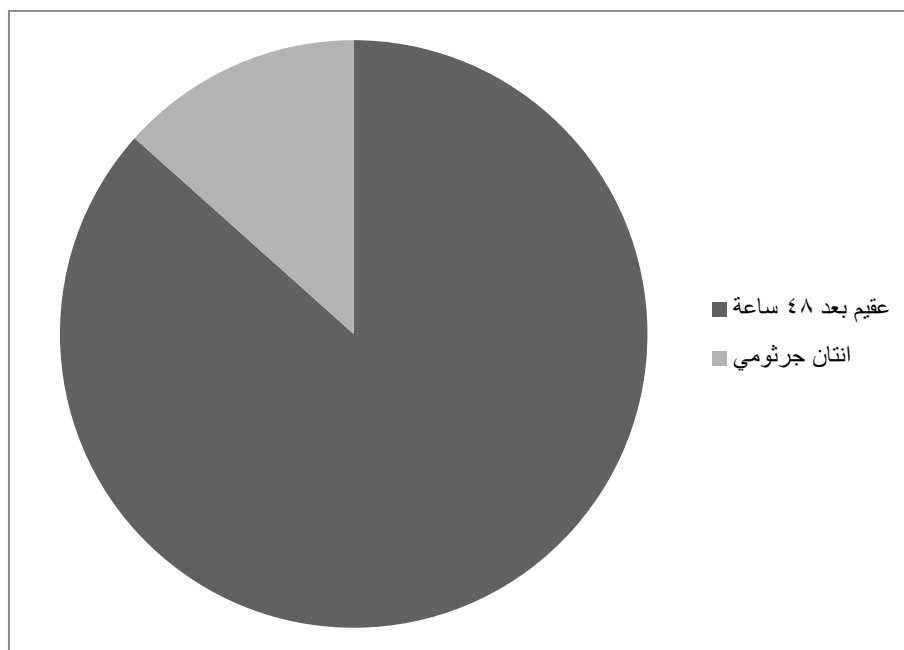
الجدول (8) يبين نتائج فحص البول للمرضى

فحص البول	عدد الحالات	النسبة المئوية
ارتفاع الكريات البيض	30	25%
ارتفاع الكريات الحمر	22	23%

وتم إجراء زرع جرثومي للبول للمرض الثلاثين الذين أبدو وجود بيلة قححية فكانت النتائج كما في الجدول (9):

الجدول (9) يبين نتائج الزرع الجرثومي للبول

الزرع الجرثومي	عدد الحالات	النسبة المئوية
عقيم بعد 48 ساعة	26	86%
انتان جرثومي	4	13.3%



الشكل (8): يبين نتائج الزرع الجرثومي للبول.

قد يكون الانتان البولي سببا شائعا لتبول الفراش الليلي ولكنه لم يشكل في دراستنا أكثر من 13.3 % من الأطفال المصابين .

وبإجراء فحص البراز فقد كان ايجابيا في 8 حالات توزعت كما في الجدول (10) :

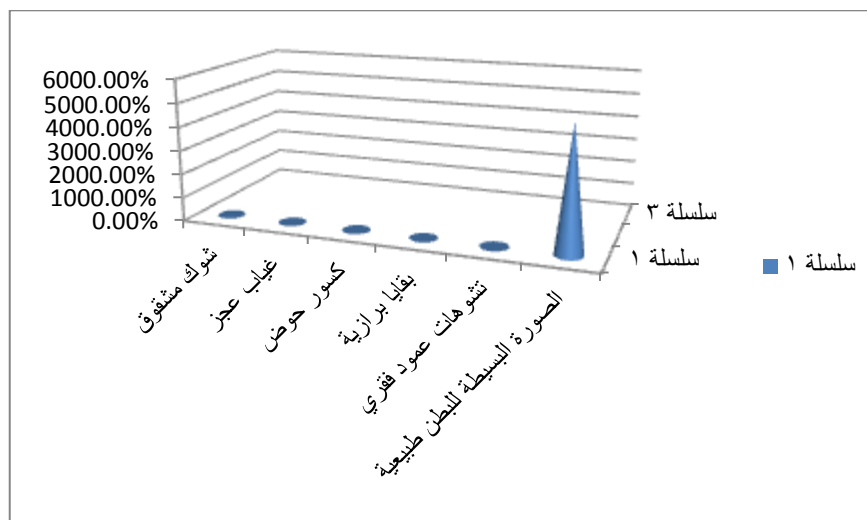
الجدول (10) يبين نتائج فحص البراز

الموجودات	عدد الحالات	النسبة المئوية
الحرقة	3	2.5%
الجيارديا	5	4.5%

لا نلاحظ من الجدول السابق تواتر مهم للآفات الطفيلية في الجهاز الهضمي .
 أجري تقييم شعاعي عند 69 مريضاً بإجراء صورة بسيطة للبطن (حيث لم تكن روتينية عند جميع الجراحين
 وحيث المعلومات أحيانا أخذت بشكل راجع) فكانت النتائج كما في الجدول(11):

الجدول (11) يبين الموجودات الشعاعية على الصورة البسيطة للبطن.

الموجودات	عدد المرضى	النسبة المئوية
شوك مشقوق	19	37.53%
غياب عجز	4	5.79%
كسور حوض	1	1.44%
بقايا برازية	5	7.24%
تشوهات عمود فقري	4	5.79%
الصورة البسيطة للبطن طبيعية	36	52.175%
المجموع	69	100%

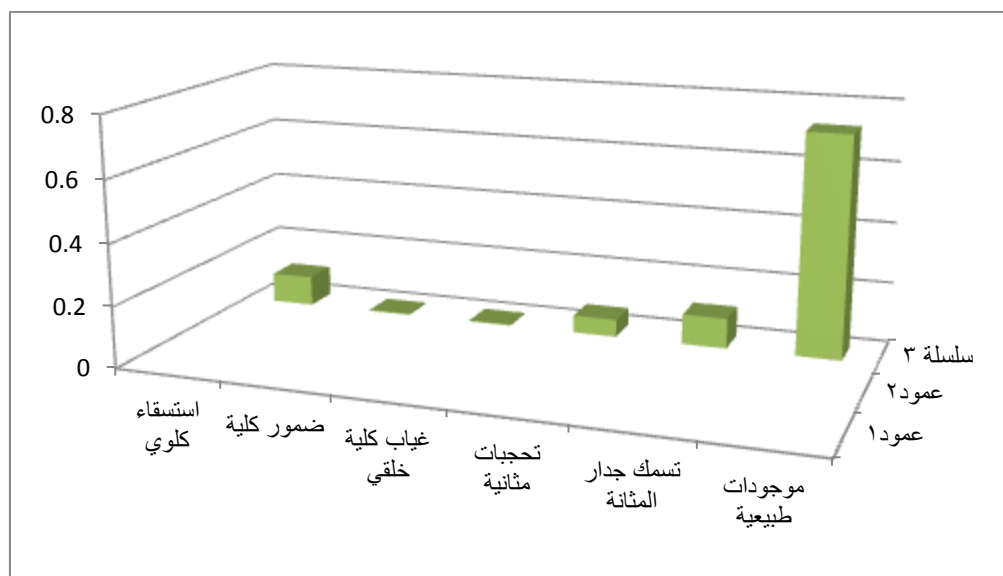


الشكل (9): يبين الموجودات الشعاعية على الصورة البسيطة للبطن.

نلاحظ من الجدول السابق أن النسبة العالية لتواتر الشوك المشقوق والذي شكل حوالي 37.53% قد يكون مرتبطاً بآفات عصبية تصيب الجهاز البولي السفلي. أجري تصوير بالأشعة فوق الصوتية للجهاز البولي لجميع المرضى وتم تلخيص النتائج كما في الجدول (12):

الجدول (12) يبين نتائج تصوير الجهاز البولي بالأشعة فوق الصوتية.

النتائج	عدد المرضى	النسبة المئوية
استسقاء كلوي	12	9.99%
ضمور كلية	1	0.33%
غياب كلية خلقي	1	0.33%
تحجبات مثانية	7	5.83%
تسمك جدار المثانة	12	10%
موجودات طبيعية	87	72.5%
المجموع	120	100%



الشكل (10): نتائج تصوير الجهاز البولي بالأمواج فوق الصوتية.

وبدراسة المثانة بالأمواج فوق الصوتية ديناميكيا لدراسة الثمالة البولية يمكن تلخيص النتائج كما في الجدول الآتي:

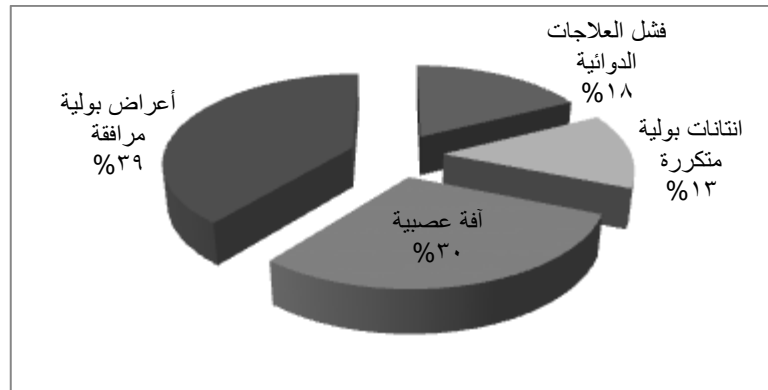
الجدول (13) يبين الثمالة البولية لدى المرضى

النسبة المئوية	عدد المرضى	الموجودات
20%	34	الثمالة أقل من 100مل
8.33%	10	الثمالة أكثر من 100 مل
17.67%	86	لا يوجد ثمالة
100%	120	المجموع

يلاحظ من الجدولين السابقين أن الموجودات بتصوير الأمواج فوق الصوتية قد تدل على المثانة العصبية وكذلك تأثيرها في الجهاز البولي العلوي حيث وصلت لحوالي 10% من الحالات أما استطبابات الدراسة اليوروديناميكية فقد توزعت كما في الجدول (14) :

الجدول (14) يبين استطبابات الدراسة اليوروديناميكية

النسبة المئوية	عدد الحالات	الاستطباب
17.56%	13	فشل العلاجات الدوائية
13.52%	10	انتانات بولية متكررة
29.72%	22	آفة عصبية
39.20%	29	أعراض بولية مرافقة
61.6%	74	المجموع

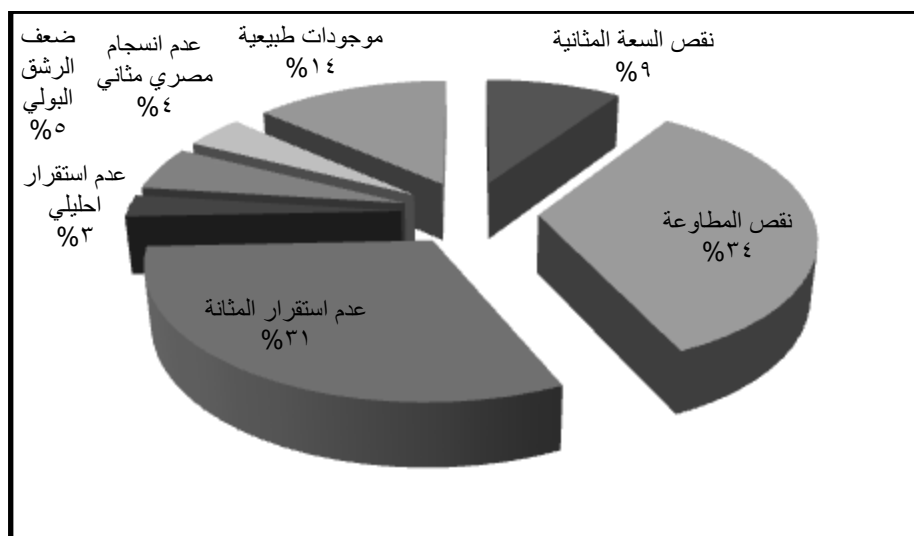


الشكل (11): استقطابات الدراسة اليوروديناميكية.

ويمكن تلخيص الموجودات اليوروديناميكية كما في الجدول (15):

الجدول (15) يبين النتائج اليوروديناميكية.

النسبة المئوية	عدد المرضى	النتائج
9.46%	7	نقص السعة المثانية
33.78%	25	نقص المطاوعة
31.08%	23	عدم استقرار المثانة
2.71%	2	عدم استقرار احليلي
5.41%	4	ضعف الرشق البولي
4.05%	3	عدم انسجام مصري مثاني
13.51%	10	موجودات طبيعية
100%	74	المجموع

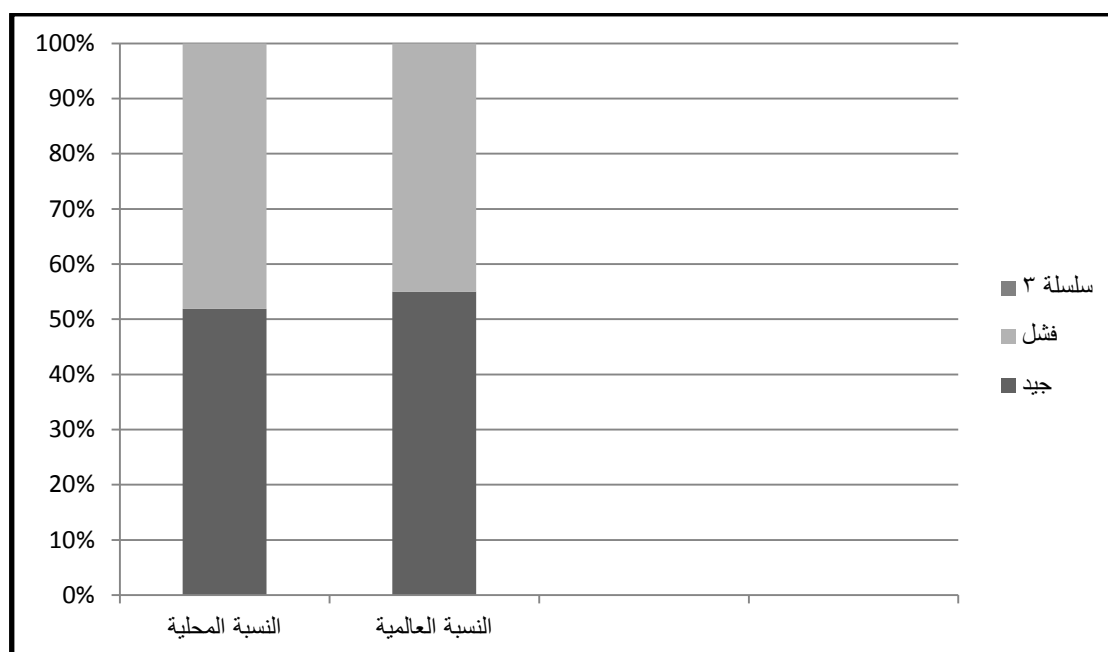


الشكل (12): النتائج اليوروديناميكية.

يلاحظ من الجدول السابق أن معظم الموجودات اليوروديناميكية ايجابية مما يدل على أن الاستطباب الموضوع ضمن بروتوكول مقارنة المريض صحيحة. إن نقص المطاوعة المثانية هو النتيجة اليوروديناميكية الأكبر حيث وصلت نسبتها لحوالي 34 % وهي تعني فرق الحجم على الضغط والتي تدل على المثانة العصبية العالية الضغط. تم وضع خطة للتدبير وذلك بمعالجة الأعراض المرافقة وعلاج فيزيائي تأهيلي يعتمد على تحديد الوارد والإقلال من المنبهات وإجراء المغاطس الحوضية ونبدأ كخط أول بالديسموبريسين 0.2 مغ، وعند الاستجابة الجيدة نتابع المعالجة حتى 3 أشهر، و 3 أشهر أخرى بعد خفض تدريجي للجرعة. لم نتمكن من تطبيق المينيرين إلا عند (27) مريضاً بسبب غلاء ثمنه وعدم توفره مجاناً ويمكن تلخيص نتائج المعالجة كما في الجدول (16) :

الجدول (16) يبين نتائج المعالجة بالمينيرين ومقارنته بالنتائج العالمية.

النتائج	عدد المرضى	النسبة المحلية	النسبة العالمية
استجابة جيدة	14	51.85%	38-55%
فشل المعالجة	13	48.15%	50-90%
المجموع	27	100%	100%

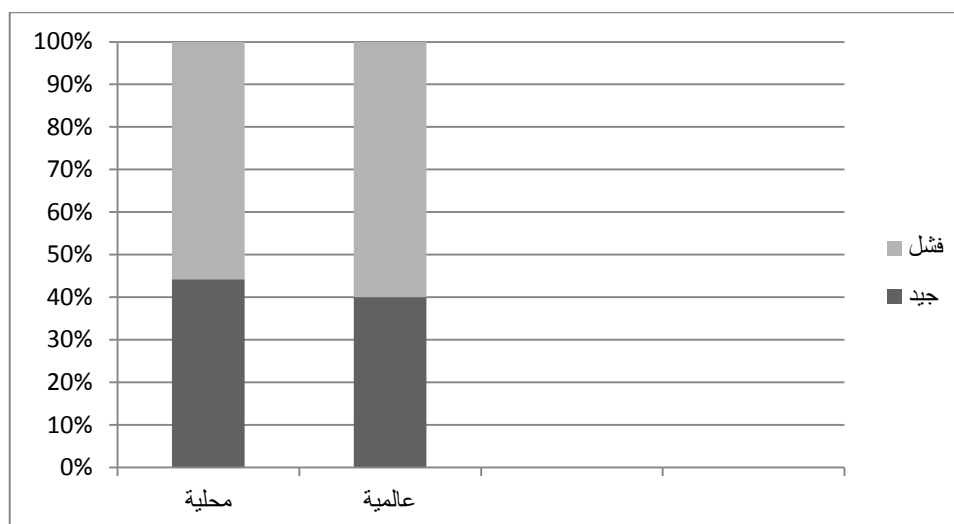


الشكل (13): نتائج المعالجة بالمينيرين ومقارنته بالنتائج العالمية.

يلاحظ من الجدول السابق أن نسبة النجاح المبدئية بالمينيرين لا تتجاوز نصف الحالات بينما تميل النتائج العالمية لتصل أحياناً لحوالي 90% . وكخط ثانٍ للمعالجة يمكن تطبيق الأميترينيتيلين لمدة 6 أشهر. فكانت نتائج بقية المرضى الذين تعالجوا بالأميترينيتيلين كجرعة وحيدة قبل النوم وهومن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كما في الجدول الأتي :

الجدول (17) يبين نتائج المعالجة بالأميتريبتيلين.

النتائج	عدد المرضى	النسبة المحلية	النسبة العالمية
استجابة جيدة	38	%44.2	%50-40
فشل المعالجة	48	%55.8	%60
المجموع	86	%100	%100

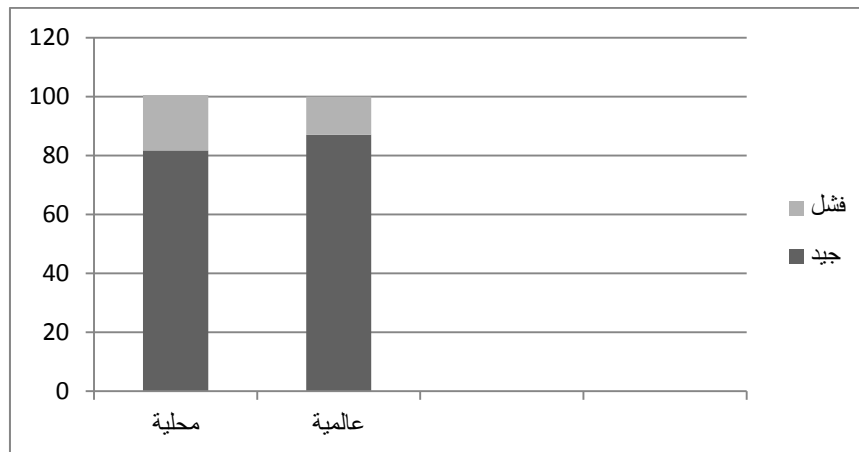


الشكل (14): نتائج المعالجة بالأميتريبتيلين.

نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة نجاح المعالجة بالأميتريبتيلين أقل منها باستخدام المينيرين. إلا أن التوجه الحديث للمراكز الطبية العالمية تميل لمنع استخدام هذا المركب لما له من سمية قلبية مؤكدة . قسم من المرضى تم معالجتهم بالأوكسيبوتينين كخط ثالث للمعالجة وهومن مضادات الكولين الموسكارينية وتم تلخيص نتائج المعالجة كما في الجدول (18):

الجدول (18) يبين نتائج المعالجة بالأوكسيبوتينين.

النتائج	عدد المرضى	النسبة المحلية	النسبة العالمية
استجابة جيدة	39	%81.75	%87
فشل المعالجة	9	%18.75	%13
المجموع	48	%100	%100



الشكل (15): يبين نتائج المعالجة بالأوكسيبوتينين.

يلاحظ من الجدول السابق ارتفاع نسبة نجاح المعالجة بالأوكسيبوتينين وصلت لحوالي 80% وهي تقارب النسب العالمية.

المناقشة:

نلاحظ بالنسبة للعمر في دراستنا أن أكثر شريحة عمرية هي 10 سنوات أي بنسبة 26.66% مع رجحان للذكور بنسبة 55%، علماً بأن النسبة العالمية تتوافق مع نسبة 25% للشريحة نفسها مع رجحان الذكور بنسبة 60%. بالنسبة للسلس البولي المعزول (أحادي الأعراض) في دراستنا كانت بنسبة 55% في حين تصل في الدراسات العالمية إلى 80%. وقد يعود ذلك لمراجعة المرضى ذوي الأمراض البولية الصريحة لمشفى الأطفال بشكل أكبر من مشفى المواساة.

إن العدد الأكبر من المرضى المراجعين لمشافينا من البيئة الاجتماعية الوسط بنسبة 70.83% وهي تتوافق مع النسب العالمية. إلا أن تقدير ذلك تم بشكل غير موضوعي وترك للاستبيان الشخصي لأهل المرضى الذين امتنع جزء منهم عن الجواب عن هذا السؤال.

بالنسبة للقصة العائلية فقد وصلت في دراستنا ل (40%) لأحد الوالدين وهي تقترب من الدراسات العالمية التي تصل ل (43%).

بالنسبة للدراسة اليوروديناميكية لوحظ وجود مثانة مستقرة ل 26.66% من المرضى بينما بلغت في بعض الدراسات العالمية ل (51.5%). كما يوجد نقص مطاوعة عند 32.51% فيكون مجموع نسبة ما يدل على المثانة العصبية يصل حتى 59.17%، إلا أنه عندما تكون هناك أعراض نهائية فتصل نسبة حدوث المثانة العصبية حتى 79%. وتعود هذه النسبة العالية لأن معظم المرضى تم إدخالهم من وحدة اليوروديناميك والذين يحولون من مراكز أخرى بسبب فشل علاجهم أو ظهور أعراض أخرى موجهة للمثانة العصبية. إلا أنه لم يتبع في خط الدراسة حالات المثانة العصبية والذين صنفوا ضمن الحالات غير المعزولة.

وفي استقصاء استجابي عن طبيعة النوم كما يلاحظه الأهل سجل وجود 69.2% من المرضى الذين لديهم صعوبة في الاستيقاظ. بالنسبة للسوابق الجراحية يلاحظ أن إصلاح القيلة السحائية كان الإجراء الأكثر شيوعاً ولكن معظم المرضى لم يكن لديهم سوابق جراحية حيث بلغت نسبتهم 80.84%.

وفي تقييم شخصي للحالة النفسية للمرضى من قبل الأهل تبين وجود 9.99% من المرضى يعانون من اضطراب نفسي إلا أنه وبحسب المصادر العالمية يعتقد أن الاضطراب النفسي ناجم عن السلس البولي وليس سببا له. تمت معالجة المرض بحسب بروتوكول محدد، نلاحظ حدوث استجابة جيدة للعلاج عند 51.85% للذين استخدموا المينيرين علما أن النسبة العالمية تراوحت من 35-55%، لذا فهي تتوافق مع النسب العالمية. وكذلك الأمر بالنسبة للأميتريبتيلين فقد حدثت نسبة شفاء وصلت لـ 44.2% علما أن النسب العالمية تتراوح بين 40-50%. ما بالأوكسيبوتينين فقد وصلت نسبة الاستجابة له حتى 81.25% علما أن النسبة العالمية تراوحت بين 5-40%، إلا أنه في حال وجود عدم استقرار مثاني فتصل النسبة عالميا حتى 87.5%، مما يدل على وجود حالات "تحت تشخيص" للمثانة العصبية .

يلاحظ من النتائج السابقة أنه لا يوجد علاج وحيد بحد ذاته يمكن أن يحقق نتيجة ايجابية لكافة المرضى، وأن كل مريض يجب أن يطبق عليه بروتوكول متكامل يتضمن علاجاً سلوكياً وتأهيلياً ومن ثم دوائياً يشترك فيه الطبيب والأهل والمريض نفسه ويحتاج لمتابعة جيدة . تعد المتابعة اليوروديناميكية أساسية وخاصة عند فشل المعالجة حيث تحقق مضادات التشنج الكولينيرجية في حال وجود علامات لاضطراب ديناميكي في المثانة نتائج تصل لحوالي 90% وقد يكون تبول الفراش الليلي كاشفا لمرض عضوي عصبي قد يدفع لمراقبة حثيثة للجهاز البولي العلوي وقد نضع في أي مرحلة استطباً جراحياً منقذاً، وقد حدث ذلك في 5 حالات تم حذفهم من الدراسة حيث انتهوا لتكبير للمثانة بقطعة من الأمعاء. يعد المينيرين أكثر المعالجات أماناً من حيث الآثار الجانبية، حيث لم تحدث أية آثار جانبية أدت لإيقاف المعالجة بينما لم نستطع تطبيق المعالجة لمعظم المرضى بسبب غلاء ثمنه . بينما تم إيقاف الأوكسيبوتينين بسبب جفاف الفم لدى بعض المرضى ولم يكن بالإمكان تطبيقه في حالة ارتفاع ضغط العين . أما الأميتريبتيلين فحدث عليه جدل كبير فقد أحدث لدى عدد لا بأس به إمساكا واضطرابات هضمية كنقص الشهية وعصبية، كما حدثت اضطرابات في النوم وكوابيس أدت لإيقاف الدواء . أما السموية القلبية التي لم نجدها في دراستنا فقد دفعت بعض المراكز لإيقاف الدواء كلياً وحذفه من البروتوكولات العلاجية لتبول الفراش الليلي.

الاستنتاجات والتوصيات:

يعد تبول الفراش حالة مرضية شائعة، وتشكل عبئاً اجتماعياً وطبياً . يفترض دراسة جدية لنفي مرض عضوي، كما يمكن معالجته بتطبيق بروتوكول علاجي متكامل يتعاون فيه الطبيب والأهل، يتضمن معالجة سلوكية وتأهيلية ودوائية أهمها المينيرين لندرة آثاره الجانبية، إلا أنه يتوفر خيارات أخرى أرخص ثمناً كالأوكسيبوتينين والأميتريبتيلين . تعد الدراسة اليوروديناميكية أساسية في التقييم لكشف إصابة عضوية في المثانة وذلك عند ترافق تبول الفراش الليلي بالأعراض النهارية أوفي حال فشل المعالجة، عندئذ يصبح الأوكسيبوتينين خياراً أولاً في المعالجة، وفي حال وجود فشل في المعالجة المحافظة أو الحاجة لحماية الجهاز البولي العلوي عند بدء تأذيه حيث نستقصي ذلك صدوياً أو مخبرياً بارتفاع البولة والكرياتينين دالا ذلك على تخرب الوظيفة الكلوية.

المراجع:

- [1]DJURHUUS JC . definitions of subtypes of enuresis. Scan J urolNephrol . 1999;202:5-7.
- [2]ELLER DA. Homsy YL .Austin PF .et al:spot urine osmolality, age and bladder capacity as predictors of response to desmopressin in nocturnal enuresis. Scand J urolnephrol 1997;31(suppl.183):41-45.
- [3]EMIL .A. LANAGHO JACK w. Mcaninch. General urology fifteenth edition 2005;39:648-615.
- [4]DJURHUUS JC .definitions of subtypes of enuresis. Scan J urolNephrol . 1999;202:5-7..
- [5]ROBSIN WL,LEUNG AK, Van HOWER:primary and secondary nocturnal enuresis ;similarities in presentation. Pediatrics 2005 apr;115(4):956-9 medline.
- [6]WALICH PC RETIC A13,VAGHANED.WEIN:Campbells urology eight edition 2004;64:2231-2290,25:900-928.
- [7][70] WATE M BERG N.SHALEV H:day time uriary frequency in children. Clinpediatr 1994; 33: 50-53.
- [8]VON GONTARD A,EIBLERG H Hollman H.et al:molecular genetics of nocturnal enuresis :nephrol 1999;202(suppl.):76-80
- [9]VANDE WALE J.HOEBEKE P,VANLAECKE E et al:persistent enuresis caused by nocturnal polyuria is a maturation defect of the nyctohemoral rhythm of diuresis. Br J urol 1998; 81(suppl.3):40-45.
- [10]TULLUS K.BERGSTROM R.Fosadali.et al:efficacy and safety during long term treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis with desmopressin. Actapediatre 1999; 88: 1274-1278.
- [11]RUSHTON HG, BELMANAB. Zaontz M.et al: the influence of small bladder capacity and other predigtors on the response to desmopressin in the management of monosymptomatic nocturnal enuresis.Jurol 1996; 156:651-655.