

Enuresi: cosa “pensa”, “consiglia” e “propone” il pediatra di famiglia

L'enuresi è una condizione frequente in età pediatrica e molto spesso sottostimata perché i genitori tendono a non parlarne. Dopo aver indagato, attraverso il progetto Over, la prevalenza dell'enuresi e il vissuto delle famiglie e dei ragazzi abbiamo ritenuto utile conoscere, attraverso un questionario, cosa “pensa”, “consiglia” e “propone” il pediatra di famiglia. I dati fanno emergere che può svolgere certamente un ruolo attivo nel percorso diagnostico e terapeutico, interagire e collaborare con i centri di secondo livello soltanto per i casi che richiedono un approccio articolato. È importante, quindi, una adeguata e specifica formazione per migliorare la appropriatezza dell'assistenza da parte del pediatra di famiglia.

Riportiamo i risultati del questionario, presentati nel corso del 71 Congresso Italiano SIP tenutosi a Roma 4-6 giugno 2015.

Il bambino enuretico e il pediatra di famiglia: indagine conoscitiva

Giuseppe Ragnatela¹, Angela Pasinato², Paolo Becherucci³, Roberto Raschetti⁴, Roberto Buzzetti⁵, Marina Picca⁶

¹Pediatra di Famiglia ASL BAT Barletta, ²Pediatra di Famiglia ASL Vicenza, ³Pediatra di Famiglia ASL 10 Firenze, ⁴Scuola di Specializzazione in Pediatria Università degli Studi di Pavia, ⁵Epidemiologo Bergamo, ⁶Pediatra di Famiglia ASL Milano.

Parole chiave: enuresi, desmopressina, ossibutinina.

Abstract:

La enuresi è definita come perdita di urina durante il sonno in bambini d'età superiore ai 5 anni. È una condizione frequente e può determinare ripercussioni sulla vita sociale dei bambini e degli adolescenti.

Obiettivo: lo scopo è valutare il ruolo del pediatra di famiglia nella gestione del paziente enuretico.

Materiale e metodi: lo studio, promosso dalla Società Italiana Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), si è basato sulla somministrazione di un questionario ai pediatri di famiglia sul territorio nazionale.

Risultati: Hanno partecipato allo studio 440 pediatri di famiglia. Il 36,8% dei pediatri pone “sempre” ai genitori domande per valutare la presenza di enuresi nel corso dei bilanci di salute dopo i 5 anni; il 47,7% sostiene che i genitori nascondano il problema. Il pediatra di famiglia può gestire il bambino enuretico, autonomamente o con la collaborazione di un centro ospedaliero o universitario, per l'83,7% degli intervistati. La compilazione del diario minzionale è considerata indagine di primo livello dall'88,6% dei pediatri; l'esame urine e urinocoltura dal 76,8% e l'ecografia renale dal 53,4%. Il 54,8% degli intervistati propone la terapia quando la famiglia e il paziente chiedono di “risolvere il problema”; il 19,6% al momento della diagnosi, indipendentemente dall'età del paziente. Il 68,8% dei pediatri prescrive autonomamente la desmopressina; il 17,3% l'allarme acustico e il 15,8% la ossibutinina.

Conclusioni: i risultati evidenziano che l'enuresi è gestita in modo attivo e in molti casi autonomo dal pediatra di famiglia.

Introduzione:

Si definisce enuresi la perdita di urina durante il sonno in bambini di età superiore ai 5 anni. In accordo con la International Children's Continence Society si parla di enuresi monosintomatica se sono presenti solo

problemi di continenza durante il sonno e di enuresi non monosintomatica se si associano disturbi minzionali (1). I dati epidemiologici evidenziano che un numero significativo di bambini e adolescenti soffre di enuresi; un ampio studio multicentrico italiano ha segnalato una prevalenza complessiva del sintomo del 3,8% nei soggetti con età compresa tra i 6 e i 14 anni con una riduzione progressiva dal 9,4% all'età di 6 anni fino al 2,3% all'età di 11 anni (2). La persistenza dell'enuresi può avere ripercussioni sull'autostima, sul rendimento scolastico, sulla vita di relazione (3). Una significativa percentuale di disturbi della continenza urinaria in età adulta-senile si verifica in soggetti che sono stati enuretici (4). Un approccio razionale alla valutazione e al trattamento dei pazienti con enuresi è suggerito da recenti pubblicazioni (5,6,7). Obiettivo della indagine è valutare il ruolo del pediatra di famiglia nella valutazione diagnostica e nella gestione terapeutica del bambino con enuresi.

Materiale e metodi :

L'indagine è stata condotta con la distribuzione di un questionario ai pediatri di famiglia in occasione del 19° Convegno Pediatrico "I Pinguini" svoltosi a Firenze nei giorni 14 e 15 Novembre 2014. Il questionario comprendeva 12 domande (per alcune domande era prevista la possibilità di due o più risposte).

Risultati:

Hanno partecipato allo studio 440 pediatri di famiglia. L'età media dei pediatri coinvolti nello studio è di 56 anni; i pediatri coinvolti provengono come attività lavorativa da tutte le regioni italiane: le regioni maggiormente rappresentate sono state: Toscana 22,4%, Lombardia 12,5%, Veneto 10,7%, Emilia-Romagna 10,5%, e Lazio 9,5%; il numero medio di assistiti per ciascun pediatra è di 900 bambini.

In occasione dei controlli dopo i 5 anni di età il 36,8% dei pediatri rivolge "sempre" ai genitori domande con l'obiettivo di far emergere una eventuale enuresi; il 31,8% "spesso", il 24,5% "a volte" e solo il 6,9% "mai" (tabella 1).

Tabella 1

Nel corso dei controlli dopo i 5 anni, poni domande ai genitori con l'obiettivo di far emergere una eventuale enuresi?

Si, sempre	36,8%
Si, spesso	31,8%
Si, a volte	24,5%
No, mai	6,9%

Il 47,7% dei pediatri sostiene di "percepire" che i genitori tendano a nascondere l'enuresi dei propri figli. I genitori giustificano la mancata condivisione con il pediatra soprattutto con la speranza di una spontanea risoluzione (70,9%), con il fatto che almeno uno dei due genitori abbia sofferto di enuresi e che pertanto è quasi normale (68,5%) e raramente con il timore di eventuali effetti collaterali della terapia (5,5%), con la convinzione che sia una condizione non trattabile (2,8%).

Tabella 2

Se i genitori hanno "nascosto" l'enuresi del proprio figlio con quale motivo si giustificano? (possibili massimo due risposte + eventuale altro motivo da specificare)

La speranza di spontanea risoluzione	70,9%
Il fatto che sia successo anche a loro e quindi sia quasi "normale"	68,5%
Il timore di eventuali effetti collaterali della terapia	5,5%

La convinzione che sia una condizione non trattabile	2,8%
Altro motivo	5,9%

Un atteggiamento attivo del pediatra di famiglia verso l' enuresi è considerato importante dall' 83,7% dei pediatri intervistati per le possibili conseguenze sul grado di autostima del bambino enuretico; dal 65,8 % per il disagio causato alla famiglia e dal 62,6% per la limitazione nelle attività con i compagni e solo dal 27,9% per la efficacia in molti casi del trattamento. Il potenziale disturbo del sonno per i bambini e i genitori, la possibilità che l'enuresi possa persistere in età adulta, la possibilità che la enuresi possa determinare una condizione di "non tolleranza" da parte dei genitori, i costi sostenuti dalla famiglia sono motivazioni che "condizionano" meno l'atteggiamento del pediatra di famiglia (tabella 3).

Tabella 3

Per quali motivi è importante che il pediatra di famiglia abbia un atteggiamento attivo per fare emergere una eventuale enuresi ? (possibili massimo tre risposte)

Ridotta autostima del bambino	83,7%
Disagio causato al bambino e/o alla famiglia	65,8%
Limitazione nelle attività con i compagni(feste,gite,dormire a casa di parenti e amici)	62,6%
L'efficacia del trattamento in molti casi	27,9%
Potenziale disturbo del sonno per i bambini e i genitori	11,6%
La possibilità che l'enuresi non trattata possa persistere in età adulta	9,3%
La possibilità che l'enuresi possa determinare una "non tolleranza" da parte dei genitori	6,6%
I costi sostenuti dalla famiglia (pannoloni,frequenti lavaggi per biancheria e indumenti ...)	1,7%

L'83,7% dei pediatri di famiglia che hanno partecipato all'indagine ritiene che l'enuresi possa essere gestita dal pediatra di famiglia con l'eventuale collaborazione di un centro ospedaliero o universitario ; il 12,3% afferma che sia quasi sempre competenza esclusiva del pediatra di famiglia e solo il 4% dei pediatri pensa che sia preferibile affidare il paziente ad un centro ospedaliero o universitario (tabella 4).

L'assenza nella propria zona di un centro universitario/ospedaliero facilmente raggiungibile è segnalata solo dall'11,5 % degli intervistati (tabella 5).

Tabella 4

Ritieni che l'enuresi:

Possa essere gestita dal pediatra di famiglia con l'eventuale collaborazione di un centro ospedaliero/ universitario	83,7%
Sia quasi sempre competenza esclusiva del pediatra di famiglia	12,3%
Si a meglio affidarla ad un centro ospedaliero/ universitario	4,0%

Tabella 5

Hai un centro universitario e/o ospedaliero di riferimento raggiungibile facilmente nella tua zona?

Si	75,7%
Si, ma con difficoltà di invio	12,8%
No	11,5%

Nella valutazione diagnostica del bambino con enuresi i pediatri di famiglia intervistati affermano di chiedere “sempre” la compilazione del diario minzionale (88,6% delle risposte), l’esame urine e urino coltura (76,8%) e l’ecografia renale (53,4%). Ulteriori esami sono eseguiti “sempre” in un numero inferiore di casi : calciuria, visita nefrologica , visita urologica e flussimetria (tabella 6).

Tabella 6

*Quali strumenti e/o accertamenti ritieni utili per indagare questo problema?
(rispondere a tutti gli item)*

	Si, sempre	Si, in casi selezionati	No, mai
Diario minzionale	88,6%	10,0%	1,4%
Esame urine, urinocoltura	76,8%	20,9%	2,3%
Ecografia renale e vescicale	53,4%	41,6%	5,0%
Calciuria	23,5%	51,9%	24,6%
Visita specialistica nefrologica	13,6%	66,5%	19,9%
Visita specialistica urologica	12,5%	71,7%	15,8%
Flussimetria	8,8%	59,6%	31,6%

Il 68.8% dei pediatri ha consigliato autonomamente l’uso della desmopressina ; il 17.3% ha consigliato l’allarme e il 15.8% ha consigliato la ossibutinina (tabella 7)

Tabella 7

*Quali opzioni terapeutiche hai proposto in modo autonomo per la terapia dell’enuresi?
(possibili anche più risposte)*

Desmopressina	68,8%
Allarme	17,3%
Ossibutinina	15,8%
Nessuna Terapia	12,6%
Imipramina	1,1 %
Altro(specificare)	4,1%

Il 54,8% dei pediatri ritiene utile iniziare la terapia se sia la famiglia sia il paziente sono d’accordo sull’affrontare il problema; il 19.6% dei pediatri al momento della diagnosi, indipendentemente dall’età del paziente (tabella 8).

Tabella 8

*Quando ritieni che un trattamento possa e debba essere proposto per un bambino enuretico?
(possibili anche più risposte)*

Solo se il paziente e la famiglia sono d'accordo	54,8%
Se è riferito disagio da parte del paziente	50,9%
Se è riferito disagio da parte della famiglia	22,0%
Appena posta la diagnosi, indipendentemente dall'età del paziente	19,6%

L'uso del pannolino durante il sonno è sconsigliato dal 28% dei pediatri; il 12,9 lo consiglia "sempre", il 19,1 lo consiglia "spesso" e il 40,0% lo consiglia "a volte". Il risveglio notturno è raccomandato "sempre" dal 16,3% dei pediatri, "spesso" dal 20,6%, "a volte" dal 33,5%, non è "mai" consigliato dal 29,6%. La quasi totalità dei pediatri (99,8%) ritiene che il rimprovero del bambino sia inutile nella gestione del bambino enuretico.

Discussione

L'enuresi è una condizione frequente in età pediatrica e molto spesso sottostimata perché i genitori tendono a non parlarne. Una recente indagine epidemiologica condotta dalla Società Italiana Cure Primarie (SICuPP) con l'obiettivo di valutare la prevalenza dell'enuresi ha evidenziato che al momento della indagine solo il 53,7% dei pazienti enuretici era noto al pediatra (8). Il pediatra di famiglia, consapevole che l'enuresi è spesso non rivelata dai genitori, può cogliere l'occasione dei bilanci di salute per indagare attivamente la presenza di enuresi e disturbi minzionali eventualmente associati. La tempestiva intercettazione e presa in carico dell'enuresi potrebbe ridurre o evitare le possibili ripercussioni sul piano psicologico e sulla qualità della vita del bambino enuretico e della sua famiglia. La indagine ci presenta alcuni dati su cosa "pensa", "consiglia" e "propone" il pediatra di famiglia; non è possibile l'analisi dell'appropriatezza delle scelte suggerite. Le recenti raccomandazioni della International Children's Continence Society tracciano un percorso diagnostico e terapeutico per il paziente enuretico: l'anamnesi, l'esame obiettivo, la compilazione del diario minzionale e l'esame urine ed urino coltura sono essenziali e spesso sufficienti per un corretto inquadramento (5,6,7). Il pediatra di famiglia può svolgere certamente un ruolo attivo in questa strategia diagnostica e terapeutica, interagire e collaborare con i centri di secondo livello soltanto per i casi che richiedono un approccio articolato. Una adeguata e specifica formazione può essere utile nel migliorare la appropriatezza dell'assistenza del pediatra di famiglia.

Bibliografia

1. Nevés T, von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol* 2006;176:314-24.
2. Chiozza ML, Bernardelli L, Caione P, et al. An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. *Br J Urol* 1988;81:86-98.
3. Joinson C, Heron J, Emond A et al. Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: a UK population-based study. *J Pediatr Psychol* 2007;32:605-616.
4. Fitzgerald MP, Thom DH, Wassel-Fyr C et al. Childhood urinary symptoms predict adult overactive bladder symptoms. *J Urol* 2006;175:989-993.

5. Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, et al. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr* 2012;171:971-83.
6. Neveus T, Eggert P, Evans J et al. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol* 2010; 183:441-447
7. Franco I, von Gontard A, De Gennaro M et al. Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *Pediatr Urol* 2013;9:234-43
8. Ragnatela G, Picca M, et al.: Project over: nocturnal enuresis and urinary disorders. *Italian Journal of Pediatrics* 2014, 40(Suppl 1):A81.