

ENKOPRESİS

Dr. Kâmil TANYERİ*

ÖZET

Altı yaşında enkopretik bir erkek çocuğu takdim edildi. Primer ve sekonder enkopresis ile hastalığın sıklığı, etiyolojisi, psikopatolojisi, tedavisi ve prognozu üzerinde duruldu. İlgili literatür gözden geçirildi.

Enkopresis (encopresis) organik bir bozukluğa veya hastalığa bağlı olmayan gaita kaçırmadır (1). Çoğu kere ciddi ruhî bir bozukluğa işaret eder. Hangi yaşlarda patolojik olduğunu kestirmek kolay değildir. Dört yaşını geçen vak'alarda üzerinde önemle durulmak gerekir.

Bu yazıda Kliniğimizde tesbit ettiğimiz bir enkopresis vakası takdim edilecek ve ilgili literatür gözden geçirilecektir.

Vak'a Takdimi: (M. A. Protokol 15268/1973). Beş yaşındaki bu erkek çocuğu, 6 aydır gündüzleri zaman zaman altına kaka yapma şikâyeti ile başvurdu.

Hikâyesinden 28 yaşında bir baba ile 25 yaşında bir annenin

tek çocuğu olduğu, bir buçuk - iki yaşlarında kakasını tutmayı öğrendiği, hem annesinin hem babasının çalıştıkları, çocuğu gündüz mesai saatlerinde ya bir akrabasının ya da bir komşunun yanına bıraktıkları, bakmakta güçlük çekmeleri nedeni ile 6 ay önce çocuğu başka bir şehirde oturan halasının yanına verdikleri, halanın bekâr bir memure olduğu, mesai saatlerinde çocuğu bazan komşulara bıraktığı, bazan da daireye beraber götürdüğü, çocuğun halanın yanına gelişinden 15-20 gün sonra başlamak üzere gündüzleri zaman zaman haber vermeden altını kirlettiği öğrenildi.

Fizik muayenede gayet aktif, hareketli bir çocuktu. Ağırlık 16

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Profesörü.

kg. dı, boy 104 cm. idi. Sistem muayeneleri normaldi. Hemoglobin % 12,2 gr. di. Röntgende spina bifida dışında başka patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Baba ile görüşüldü ve durum anlatılarak çocuğu kendi buldukları şehre yanlarına almaları ve bir ay sonra kontrole gelmeleri tavsiye edildi.

Tartışma :

Enkopresis anne-babayı ve çocukla teması olan ailenin diğer fertlerini huzursuz eden can sıkıcı bir semptomdur. Enüresise oranla çok daha nadir olarak görülür. Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde muayene edilen 15 yaşın altında 2400 çocuktan % 2,9 unun enkopretik olduğu tesbit edilmiştir (2). Organik bir bozukluğa bağlı olanlar ile iki yaşın altındaki çocuklar bu guruba dahil edilmemişlerdir. Stokholm'da 8.683 ilkokul birinci sınıf öğrencisi üzerinde ders yılı sonunda yapılan bir araştırmada çocukların %1,5 unun hiç olmazsa ayda bir kere gaita kaçırdıkları tesbit edilmiştir (3). Bu oran erkeklerde % 2,3 kızlarda % 0,07 idi. Enkopresin erkeklerde sık görüldüğü diğer araştırmacılar tarafından da bildirilmiştir. Örneğin Pinkerton (4) erkek kız oranını 2/1 bulduğunu, Easson(2) ise enkopretiklerin % 84 ünün erkek olduğunu kaydetmektedir.

Enkopresis vak'amızda olduğu gibi bazı hastalarda tek başına kliniğe başvurma nedenidir.

İyice araştırılırsa bu gibi çocuklar hareketsiz, passif ve depresse-dirler. Genellikle zekâca geridirler. 70 kişilik bir seride vakaların yarıdan fazlasının I. Q, leri 70 in altında, 21 inin ise 50 nin altında bulunmuştur (5).

Hikâye her zaman tanı bakımından yardımcı olmamakla beraber enkopresisleri iki ayrı grupta incelemek mümkündür (2, 6):

1. Sürekli enkopresisler (primer enkopresisler),

2. Sürekli olmayan enkopresisler (sekonder enkopresisler).

Primer ve sekonder enkopresisler arasında sıklık bakımından büyük bir fark yoktur (3). Sürekli enkopretikler hiç bir zaman tuvaleti öğrenememişlerdir. Bunların ekserisi zekâ bakımından geridirler.

Sürekli olmayan enkopretikler bizim vak'amızda da tesbit edildiği gibi daha önceden sfinkter kontrolü kazanmış, kakalarını haber veren, sonradan herhangi bir yaşta enkopresisin ortaya çıktığı vak'alardır. Genellikle zekâ bakımından normaldirler.

Enkopretik çocuklar genellikle ruhî gerginliğin, kavga ve geçimsizliğin mevcut olduğu, çocuk eğitiminin ihmal edildiği ailelerden gelmektedir (5). Personalite bozukluğu, mesut olmayan yuva ortamı, aile eğitiminin noksanlığı, aile fertleri arasındaki sürtüşmeler, sosyal problemler, okul prob-

lemleri ve korkuların bir araya gelerek enkopresesi doğurduğu düşünülmektedir.

Ailenin lüzumundan fazla üstüne düştüğü çocuklarda yeni bir kardeşin dünyaya gelmesi, okul çağında bir takım yeni kaidelere uyma zorunluğu, hastalık veya başka bir nedenle geçici de olsa evden uzak kalma durumları enkopresise yol açabilir.

Zekâ bakımından geri kalmış çocuklarda diğer bazı fizik fonksiyonlar gibi sfinkter kontrolü de gecikir. Bununla beraber geç de olsa bu tip geri zekâlılar tuvaletlerini öğrenebilirler. Fakat tuvalet eğitiminin yanlış oluşu ve ihmal gibi nedenler enkopresise yol açabilir. Bazı vak'alarda enkopresis bir cezalandırmayı takip eder, cezaya karşı çocuğun gösterdiği bir tepkiden ibarettir (7).

Enkopresis, aileler tarafından çoğu kere tesadüfen her hangi bir olaya bağlanmak istenir. Fakat hakikatta asıl sebep çocuğun anne babasından ayrılması, okulunun başlaması, annenin yuva dışında çalışması, yeni bir kardeşin doğumu, anne-baba arasındaki geçimsizlik veya boşanmadır. Bunların en önemlisi anne ve baba sevgisinden yoksun kalmasıdır.

Enkopretikler arasında sosyo-ekonomik faktörlerin çok önemli rolü yoktur. Bunlar bir dereceye kadar problemlili ailelerin problemlili çocuklarıdır. Nitekim enkopretiklerin babalarının % 15 ini, annelerinin % 1,3 ünün, erkek kar-

deşlerinin % 8.7 sinin küçük yaşlarda enkopretik oldukları tesbit edilmiştir (3). Kontrol gruplarda gerek anne-babalarda gerekse erkek kardeşlerde bu kadar yüksek oranda enkopresise rastlanmamaktadır.

Organik bir bozukluğa bağlı hastalıkların, Hirschprung hastalığı (aganglionik megakolon), psikojenik megakolon, rektum ve anal sfinkter bozuklukları, serebral ve spinal lezyonlar, jeneralize enfeksiyonlar ve toksik durumların ayırıcı tanıda göz önüne alınması gerekir.

Tedavide tutulacak yol başlıca üç kısımda incelenebilir:

1. Anne-baba ve çocukla görüşme,
2. Aileyi çok üzen bu semptomların o kadar ağır ve kötü olmadıklarına inandırma,
3. Belirtileri doğuran çevresel etkenlerin düzeltilmesi veya etkilerinin minimuma indirilmesi.

Huzursuzluk ve uyum bozukluğu gibi belirtileri ortadan kaldırmak için yalnız tek bir bulgu üzerine eğilmek doğru değildir. Böylece çocuk ile anne-baba arasında bozulan ilgiyi ve çocukdaki anksiyeteyi düzeltmek, bütün semptomları ortadan kaldırmak mümkündür. Etiyolojide annenin nörotik ihtiyaçlarının rolü olan vak'alarda annenin problemlerinin tedavisi başta gelir.

Çevresel etkenleri ortadan kaldırmak veya minimuma indir-

mek yanında bu tip çocukların muntazam aralıklarla tuvalete alıştırmaları gerekir. Böyle bir program özellikle konstipasyonla beraber giden vak'alarda psikojenik magokolonlarda etkilidir. Tedavide hafif laksatifler kullanma ve her gün muayyen saatlerde tuvalete tutmanın faydası büyüktür. Tuvalet alışkanlığı kazandırmak için en uygun zaman sabah yataktan kalkar kalkmaz tuvalete oturtmaktır. Bu sırada barsak hareketlerini artırmak amacı ile küçük bir bardak sıcak limonata verilebilir. Çocuk kakasını yapana kadar tuvalette bekletilmelidir. Eğer kaka yapmazsa kırgınlık veya üzüntü gibi reksiyonlar gösterilmemeli, aynı işlem ertesi gün yine sabırla tekrar edilmelidir.

Konu ile ilgilenen hekim baştan çocuğu kendine inandırmış olmalıdır. Yaşı müsait ise konu çocukla sakin olarak tartışılmalıdır. Bu sırada çocuk korkutulmamalı ve ümidi kırılmamalıdır. Semptomlar düzeldikçe küçük bir hediye ile mükâfatlandırmak tedaviye yardımcı olabilir. Böylece enkopresisin düzelmesi yanında diğer ruhi davranış bozuklukları da ortadan kaldırılabılır.

Bütün bu çabalara cevap alamayan inatçı vakalar da vardır. Yuvadaki huzursuzluk nedeni ile ortaya çıkan vakalarda mümkünse çocuğun bir süre için evden uzaklaştırılması uygun olabilir. Seçilmiş bazı vakalar ise psikiyatri kliniklerinde yatırılarak tedavi altına alınabilir.

Enkopresis belirtileri nadiren puberteye kadar sürer. Shirley ve Pinkerton'un serisinde 14 ve 13 yaşlarında yalnız birer vak'a vardır. Diğer vak'aların hepsi daha küçük yaşlardır (4, 5).

Bellman'ın çalışmasında tedavisiz fakat altı ay süre ile takip edilen 2 yaşın üzerindeki enkopetiklerin % 56 sında bulguların ortadan kalktığı görülmüştür³. Rutin pediyatrik tedavi ile vak'aların % 61'i düzeltilebilir. Berg ve Jones laksatifler ve destekleyici psikoterapi yardımıyla vak'aların % 87 sinde başarıya ulaşmış olduğunu bildirmektedir. (8) Tedaviye cevap vermeyen vak'alar ya yeterli süre tedaviye dikkat etmeyen veya inatçı vak'alardır. Bellman anneye aşırı bağlı, anne ile problemlili ve huzursuz çocuklarda prognozun iyi olmadığını ileri sürmektedir. (3)

S U M M A R Y E N C O P R E S I S

A six year old boy with secondary encopresis is presented. He was completely trained around the age of 1,5-2 years but reverted soiling 6 months ago. The

incidence, etiology, psychopathology, treatment and prognosis of primary and secondary encopresis is discussed and the related literature is reviewed.

KAYNAKLAR

1. WEISSENER, S.: Über Enkopresis. Z. Kinderheilk, 40: 674, 1925/26.
2. EASSON, W. M.: Encopresis-psychogenic soiling. Canad. Med. Ass. J., 82: 624, 1960.
3. BELIMAN, M.: Studies on encopresis. Acta Paediat. Scand. Supplement 170, 1960.
4. PINKERTON, P.: Psychogenic megacolon in children: The implications of bowel negativism. Arch. Dis. Child., 33: 371, 1958.
5. SHIRLEY, H. F.: Encopresis in children, J. Pediat., 12: 367, 1938.
6. ANTHONY, E. J.: An experimental approach to the psychopathology of childhood: Encopresis. Brit. J. Med. Psychol., 30: 146, 1957.
7. SHAW C. R.: The psychiatric disorders of childhood. Second ed. Appleton - Century-Crofts, New York 1970, pp. 328.
8. BERG, I., JONES, K. V.: Functional fecal incontinence in children Arch. Dis Child., 39: 465, 1964.