

Il trattamento dell'enuresi nel bambino

L'enuresi notturna è una condizione frequente: all'età di 5 anni, un bambino su sei bagna il letto più di una volta alla settimana e a 7 anni uno su cinquanta tra i maschi e una su cento tra le femmine. Inoltre, nell'1% circa dei ragazzi di 15-16 anni, il problema continua a persistere, anche se in misura ridotta. L'enuresi può intaccare l'autostima del bambino e può portare ad atteggiamenti di molestia e di bullismo, isolamento con rottura delle relazioni sociali e problemi comportamentali.

In genere, l'enuresi si verifica per l'incapacità di svegliarsi in presenza di segnali di pienezza vescicale, accompagnata da iperattività del detrusore e conseguente ridotta capacità funzionale della vescica, e/o da elevata eliminazione urinaria notturna che può essere dovuta ad una diminuita produzione notturna di vasopressina (l'ormone antidiuretico).

Trattamento

Una volta escluse anomalie fisiche (neurologiche, delle vie urinarie) o patologiche (diabete, ipertensione), vanno identificate e corrette eventuali concause (es. stitichezza, infezione urinaria), eventi stressanti e fattori ambientali come la possibilità di accesso ad un bagno durante il giorno e la notte, l'abitudine del bambino a dormire con la luce accesa e la tipologia del letto e della camera (es. letto a castello, condivisione del letto o della camera con altri). Il primo passo consiste nello spiegare al bambino e alla famiglia che l'enuresi è comune e può essere trattata, nell'incoraggiare il bambino ad assumersi una certa responsabilità, concentrandosi sui risultati positivi. I consigli generali riguardano l'uso di teli coprimaterassi impermeabili, l'eliminazione di bevande contenenti caffeina durante il pomeriggio (es. Coca Cola, tè) e l'assunzione di una adeguata quantità di liquidi (es. 6-8 bicchieri) distribuita nel corso della giornata in modo da aumentare la capacità della vescica. Quando l'enuresi crea ansia e il bambino è motivato a raggiungere la continenza, viene stabilito un programma a tappe progressive che inizia con semplici misure di tipo comportamentale.

Sistemi di gratificazione. Le carte delle stelle consistono in diari o calendari sui quali viene applicata una stella adesiva su ogni giorno successivo ad una notte asciutta. Questo programma è associato con un minor numero di notti "bagnate" rispetto al non fare nulla e a successi più duraturi dopo la sospensione del trattamento. Le carte delle stelle e i premi devono essere legati a specifici comportamenti che il bambino è in grado di controllare (es. alzarsi dal letto quando si sveglia e usare il bagno) anziché all'obiettivo del letto asciutto. Le gratificazioni risultano inefficaci se le aspettative dei genitori sono irrealistiche. Gli adesivi e i premi devono essere appropriati all'età e agli interessi del bambino (figurine dei Pokemon, di calciatori o cantanti per i bambini più grandi). Le ricompense devono essere chiaramente definite in termini di numero di adesivi e coerenti ai comportamenti, e tutta la famiglia deve contribuire a rafforzare il successo ottenuto.

Allarmi elettrici. Sono disponibili due tipi di allarmi elettrici (es. *Wet-Stop*, reperibile solo in Internet) entrambi costituiti da un cuscinetto che, una volta bagnato, mette in funzione un allarme: il cuscinetto può essere collocato nel letto o all'interno della biancheria intima (allarme personale). Il bambino deve imparare ad interrompere la minzione quando l'allarme suona, disattivare di persona il segnale acustico e andare in bagno. Con un allarme elettrico, quasi due-terzi dei bambini diventa continente e il beneficio si mantiene dopo la sospensione del trattamento (il 45% dei bambini rimane asciutto rispetto all'1% dei bambini non sottoposti ad alcun trattamento). Vi sono prove indicanti come gli allarmi personali possano avere un effetto più rapido degli allarmi da letto. Gli allarmi elettrici vengono generalmente utilizzati nei bambini sotto i 7 anni. L'uso deve essere illustrato in modo accurato, con dimostrazioni pratiche, ai genitori e ai bambini, partendo dall'avvertimento del possibile scombussolamento causato alla famiglia, per finire con la rassicurazione che l'allarme non provoca scosse elettriche. Se il bambino condivide la camera da letto con altri fratelli/sorelle può essere preferibile un allarme che vibra al posto di uno che suona. L'allarme ha maggiori probabilità di successo quando il bambino è molto motivato, quando non esistono difficoltà in seno alla famiglia e i genitori non puniscono il bambino per l'enuresi, quando il bambino tende a bagnare il letto nelle ore più avanzate della notte ed è più facile svegliarsi.

Allarme associato a programmi comportamentali. “L’allenamento domestico totale” si basa sull’uso dell’allarme elettrico associato ad un programma nell’ambito del quale il bambino cambia le lenzuola (allenamento alla pulizia), si allena al controllo della minzione-ritenzione (ritarda volontariamente la minzione durante il giorno nel tentativo di migliorare la capacità funzionale della vescica) e assume liquidi extra durante la notte. L’”addestramento al letto asciutto” prevede una combinazione variabile tra gratificazioni/premi, allenamento al controllo della minzione-ritenzione, risvegli notturni del bambino perché vada in bagno e l’uso dell’allarme elettrico.”L’addestramento al letto asciutto” associato all’allarme può ridurre il tasso di recidive rispetto all’allarme da solo, ma si tratta di un intervento molto impegnativo che viene adottato solo nei bambini che non hanno risposto ad altri trattamenti o che presentano difficoltà di apprendimento.

Farmaci. La desmopressina (un analogo strutturale della vasopressina) riduce il volume urinario. E’ disponibile (*Minirin*) sotto forma di compresse (200mcg) o di spray nasale (5mcg/spruzzo), da somministrare prima di coricarsi ed è registrata per il trattamento dell’enuresi nei bambini sopra i 5 anni. La desmopressina è in grado di ridurre la frequenza dell’enuresi (1,3 notti bagnate in meno alla settimana vs. placebo), ma dopo la sospensione del trattamento, il problema tende a ripresentarsi. I fattori che possono predire una buona risposta comprendono l’età del bambino (8 anni o più) e una bassa incidenza iniziale di episodi di enuresi (meno di 3 notti bagnate su 4). La desmopressina può essere utile quando è necessaria una risposta rapida per l’insofferenza dei genitori e/o per l’alto livello di stress all’interno della famiglia. Il farmaco può fornire un ausilio di breve durata nei bambini che trascorrono un periodo fuori casa (in occasione di gite scolastiche o delle vacanze estive) o quando l’allarme elettrico è inappropriato. Non rappresenta, però, una cura e i suoi benefici devono essere soppesati nei confronti delle necessarie precauzioni e del rischio di effetti indesiderati che vanno spiegati prima di iniziare il trattamento. Il bambino e i genitori devono imparare a somministrare la dose correttamente. Sono previste rivalutazioni a intervalli di 3 mesi. Da un’ora prima a 8 ore dopo la somministrazione della desmopressina, il bambino deve limitare l’assunzione di liquidi per evitare il sovraccarico idrico e l’iponatriemia causati dall’effetto antidiuretico del farmaco. Inoltre, la desmopressina va interrotta nel corso di episodi di vomito e/o di diarrea sintantoché l’equilibrio idrico del bambino non sia normalizzato. Altri effetti indesiderati sono la cefalea, la gastralgia, la nausea; la congestione nasale, la rinite e l’epistassi dopo somministrazione dello spray nasale. L’imipramina (*Tofranil*) è registrata per l’impiego nel trattamento dell’enuresi nei bambini da 7 anni in su. Il suo esatto meccanismo d’azione in questo contesto non è ben chiaro. Come gli altri antidepressivi triciclici, l’imipramina riduce le notti bagnate di circa una alla settimana, ma presenta frequenti ricadute alla sospensione. Può determinare disturbi del comportamento e l’ingestione accidentale di una dose elevata può essere fatale; per lo sfavorevole rapporto beneficio/rischio viene impiegata raramente.

Confronto tra sistemi di allarme e farmaci. Gli allarmi elettrici comportano un maggior tasso di successi nel raggiungere 14 notti asciutte consecutive rispetto alla desmopressina da sola durante il trattamento e sono associati ad un minor numero di recidive al follow-up. Allo stesso modo, gli allarmi si sono dimostrati più efficaci degli antidepressivi triciclici sia durante che dopo la sospensione del trattamento. Mancano dati sufficienti per poter indicare se l’associazione tra farmaci e allarme assicuri un beneficio aggiuntivo.

Strategie inefficaci. Sollevare il bambino dal letto, senza svegliarlo, e portarlo in bagno nel corso della notte prima che faccia la pipì a letto non è raccomandato poiché lo abitua a vuotare la vescica mentre è addormentato; impedisce al bambino di associare la vescica piena col risveglio e ostacola il rilascio di vasopressina evitando che la vescica raggiunga la piena capacità. La restrizione di liquidi durante il giorno tende a sviluppare un ridotta capacità vescicale e rischia di perpetrare, anziché migliorare, l’enuresi.

A cura del dott. Mauro Miselli

Bibliografia

- Glazener CM, Evans JH. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
- Glazener CM, Evans JH. Desmopressin for nocturnal enuresis in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
- Glazener CM et al. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
- Glazener CM et al. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
- Glazener CM et al. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children . In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.