



## Enuresi notturna

**Data** 25 luglio 2008  
**Categoria** pediatria

Il punto su una condizione che non riguarda solo i bambini.

Per **enuresi notturna** s' intende, secondo la definizione dell'International Children Continence Society (ICCS), una condizione caratterizzata dalla perdita involontaria di urine che avviene solo di notte in assenza di anomalie del sistema nervoso centrale o urinario.

Nei bambini fino a 4-5 anni l'enuresi è considerata normale; i bambini di 5 e 6 anni sono considerati affetti da enuresi notturna se hanno almeno 2 episodi al mese, dopo i 6 anni se è presente almeno 1 episodio al mese.

L'enuresi notturna riguarda circa il 20% dei bambini di 5 anni ; con l'età, tale percentuale si riduce: per esempio a 12 anni è di circa il 4-8% mentre negli adolescenti il problema è limitato all'1-3%. Colpisce più frequentemente i maschi delle femmine ma questa differenza si attenua durante il periodo adolescenziale.

Se è vero che nella grande maggioranza dei casi il disturbo tende a scomparire dopo la pubertà, talora può protrarsi anche nell'età adulta (circa 1% dei bambini con enuresi).

Le conseguenze del disturbo possono essere perdita dell' autostima, senso di colpa, riduzione della qualità di vita e stress in ambito familiare.

Le **cause non sono note** . Di volta in volta sono stati ipotizzati vari meccanismi e/o moventi: predisposizione genetica o familiare, fattori psicologici (ma questi sono la causa o la conseguenza dell'enuresi?), una ridotta increzione notturna della vasopressina, una ridotta capacità funzionale vescicale (la vescica tende a vuotarsi per ridotti volumi di riempimento), disturbi del sonno (i bambini con enuresi avrebbero un sonno molto profondo e quindi non avvertono lo stimolo vescicale; altri ipotizzano in realtà una condizione opposta di sonno leggero e di scarsa qualità). In casi molto rari sono state riscontrate situazioni patologiche come anomalie dell'apparato urinario o anomalie del midollo spinale. In alcuni casi l'enuresi notturna è risultata associata ad infezione urinaria, a stipsi o ad encopresi: si parla allora di enuresi complicata.

Dal punto di vista clinico si distingue una **enuresi primaria** (bambini che non hanno mai avuto un controllo della minzione notturna) da una **enuresi secondaria** (bambini continenti che ad un certo punto ritornano ad avere enuresi notturna). Le forme secondarie possono essere dovute a momentanee situazioni stressanti, ma alcuni ritengono che le due condizioni non abbiano una patogenesi molto diversa .

L' **esame clinico** di solito è normale. L'esame delle urine ed eventualmente l'urinocoltura vengono richiesti per escludere la presenza di glucosio, emazie o infezioni. Se non ci sono motivi per sospettare una sottostante causa anatomica e l'esame urine è normale non vanno richiesti altri accertamenti. Se invece le analisi rivelano un' infezione urinaria si deve escludere un reflusso vescico-ureterale (ecografia, cistografia).

La **terapia non farmacologica** si avvale in prima istanza del **counselling** finalizzato ad istruire sia i genitori che i bambini sul comportamento da tenere: il bambino non deve essere colpevolizzato ma il problema non deve neppure essere banalizzato o trascurato, al piccolo paziente deve essere insegnato che la vescica va svuotata completamente senza ignorare o differire lo stimolo della minzione (questo è importante soprattutto prima di andare a letto); può essere utile, a questo fine, insegnare ad andare in bagno più spesso durante la giornata (per esempio ogni 2 ore) e a compilare un diario in cui vengono segnate le notti asciutte e quelle bagnate. Al bambino va insegnato anche che appena sente lo stimolo deve subito alzarsi dal letto per andare in bagno a vuotare completamente la vescica, senza ignorare lo stimolo.

Un'altra misura non farmacologica è costituita dai **sistemi di allarme** : si tratta di piccoli apparecchi con una batteria che vengono collegati al bambino quando va a letto e che sono muniti di un sensore che segnala acusticamente quando inizia ad uscire l'urina. La finalità è quella di svegliare il bambino che in tal modo impara a contrarre lo sfintere vescicale, interrompe la minzione e può alzarsi e recarsi in bagno. I sistemi di allarme sono efficaci ma costosi e possono provocare fastidi in famiglia in quanto disturbano la quiete notturna.

La **terapia farmacologica** si avvale soprattutto della **desmopressina**, un agonista selettivo dei recettori della vasopressina, ad azione antidiuretica ed agisce riducendo la quantità di urina che arriva in vescica durante la notte. A tal fine va assunto circa 60 minuti prima di coricarsi. Il farmaco è ufficialmente indicato nei bambini > 5 anni con enuresi notturna primaria alla dose di 0,2 mg, eventualmente aumentabile a 0,4 mg in caso di inefficacia. Di solito si prescrive la terapia per una durata di 3 mesi, si prova a sospendere e si riprende con il farmaco se si ripresenta l'enuresi.

Tra gli effetti collaterali vanno segnalati: cefalea, sanguinamento nasale, dermatiti, anoressia, sintomi di tipo gastrointestinale, tosse, disturbi visivi. Per evitare una possibile intossicazione d'acqua il bambino deve evitare di bere più di un quarto di litro di liquidi alla sera.

Sono stati proposti anche gli **antididepressivi tricyclici** (per esempio imipramina), gli anticolinergici, l'agopuntura laser. Secondo dati di letteratura reperiti da Clinical Evidence e dalla Cochrane Collaboration di provata utilità sono il trattamento continuato con desmopressina, gli allarmi per l'enuresi e l'associazione di allarmi e counselling. Di utilità non determinata sarebbero l'associazione di allarmi e desmopressina, il counselling da solo, i farmaci anticolinergici, l'agopuntura laser e farmaci diversi dalla desmopressina e dagli antidepressivi tricyclici. Questi ultimi sono efficaci (anche se il confronto con desmopressina ha prodotto evidenze contrastanti) ed economici ma hanno a loro carico una



possibile cardiotossicità e una serie di effetti collaterali (anoressia, stipsi, vomito o diarrea, vertigini, sonnolenza, secchezza delle fauci, cefalea, ecc.): il rapporto tra rischi e benefici è critico e questo che ne limita l'uso, che va valutato da caso a caso.

**Renato Rossi**

## Referenze

1. Robson WL, et al. Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation. *Pediatrics* April 2005;115:956-9.
2. Clinical Evidence, 3° Edizione Italiana. Liberamente consultabile, previa registrazione, al sito: <http://clinev.it>.
3. Glazener CMA, Evans JHC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD002112. DOI: 10.1002/14651858.CD002112
4. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 1. Art. No.: CD002911. DOI: 10.1002/14651858.CD002911.pub2
5. Glazener CMA, Evans JHC, Peto R. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD002117. DOI: 10.1002/14651858.CD002117
6. Glazener CMA, Evans JHC, Cheuk DKL. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD005230. DOI: 10.1002/14651858.CD005230
7. Glazener CMA, Evans JHC. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD003637. DOI: 10.1002/14651858.CD003637.pub2
8. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD004668. DOI: 10.1002/14651858.CD004668
9. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD002238. DOI: 10.1002/14651858.CD002238