



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

25.02.2020

ARAŞ.GÖR.DR.OZAN BERK
DR.ÖĞR.ÜYESİ MEHMET BAHA AYTAÇ
PROF.DR KENAN BEK



Olgu

□ 9 yaş, kız

Şikayet

□ İdrar kaçırma

Hikaye

- Daha öncesinde herhangi bir şikayeti olmayan hastanın poliklinik başvurusundan **6 ay önce** “gece idrar kaçırma” şikayeti başlamış.
- Ailesi, **kardeşi dünyaya geldikten 1-2 ay sonra** idrar kaçırmaya başladığını ifade ediyor.
- İlk başlarda her gece idrar kaçırmaları varken, son 1 ay içerisinde **haftada 4-5 gece** ve yatağı ıslatacak miktarda oluyormuş.

Özgeçmiş

❑ **Prenatal** : Takipli gebelik. Özellik yok.

❑ **Natal** : Miad, 3360 gr, C/S ile.

❑ **Postnatal** : Bilinen hastalığı yok.

Hastanede yatış öyküsü yok.

Kullandığı ilaç yok.

Bilinen ilaç veya gıda allerjisi yok.

Aşıları zamanında ve tam.

Soygeçmiş

❑ **Anne** : 37 yaş, ev hanımı, sağ, seboreik dermatit

❑ **Baba** : 34 yaş, şoför, sağ, sağlıklı

Anne - baba arasında akrabalık yok.

Ailede idrar kaçırma öyküsü yok.

❑ **1. çocuk**: Hastamız

2.çocuk: 3 yaş, kız, sağ, atopik dermatit

Fizik Bakı

☐Ağırlık : 42,3 kg (75-90 p.)

☐Boy : 132 cm (50-75 p.)

☐Ateş : 36,5°C

☐Nabız : 76/dk

☐Tansiyon : 96/62 mmHg (50-75 p.)

☐Solunum sayısı: 20/dk

Fizik Bakı

- Genel durum : İyi
- Bilinç : Açık
- Deri : Turgor tonusu doğal. Ödem yok, ikter, siyanoz, peteşi, purpura, pigmentasyon bozukluğu yok.
- Gözler : Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik.
- KBB : Bilateral kulak zarları doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok.
Orofarenks ve tonsiller doğal.
- Solunum : Solunum sıkıntısı yok, takipne yok, siyanoz yok, ral-ronküs yok.
Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, göğüs deformitesi yok.

❑ **Dolaşım**

: KTA 5. interkostal aralıkta ritmik.

S₁+ S₂+, ek ses - üfürüm yok.

❑ **Karın**

: Rahat, defans-rebound-hassasiyet yok. Ele gelen kitle yok.

Asit yok, hepato-splenomegali yok, barsak sesleri doğal.

❑ **Ürogenital**

: **Haricen kız, anomali yok.**

❑ **Ekstremiteler**

: Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

Kas kuvvetleri alt ve üst ekstremitelerde 5/5.

❑ **Nörolojik**

: Bilinç açık, koopere, oryante, çevreyle ilgili.

Ense sertliği, kernig, brudzinski negatif.

Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal.

□ Hikaye yeterli mi?



NEYİM
VAR





SORGULANMALI

- >6 ay kuru kalma dönemleri var mı ?
 - Primer
 - Sekonder
- Gece idrar kaçırma sıklığı ve miktarı nedir ?
- Çok su içme (polidipsi) ,çok idrar yapma (poliüri) eşlik ediyor mu?

SORGULANMALI



- Gece yeterli miktarda sıvı kısıtlaması yapılıyor mu?
- Beslenme alışkanlıkları nasıl ?
- Gece uykudan uyandırmada zorluk çekiliyor mu?
- Davranışsal veya başka psikolojik problem var mı? (Kardeş doğumu)
- Öğrenme güçlüğü var mı ?



SORGULANMALI



İŞEME BOZUKLUKLARI – BARSAK FONKSİYONLARI - ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU

- Gündüzleri idrar kaçırma var mı? İç çamaşırdan ıslanma oluyor mu?
- İdrara çıkma sıklığı gün içinde ne kadar ? (pollaküri?)
- Ani şekilde idrara çıkma ihtiyacı (urge) / tuvalete yetişememe oluyor mu?
- İdrar tutma manevraları (bekletme, sallanma, makaslama) var mı?
- İdrara başlamada zorluk , ıkınarak idrar yapma, kesik işeme var mı?

SORGULANMALI !

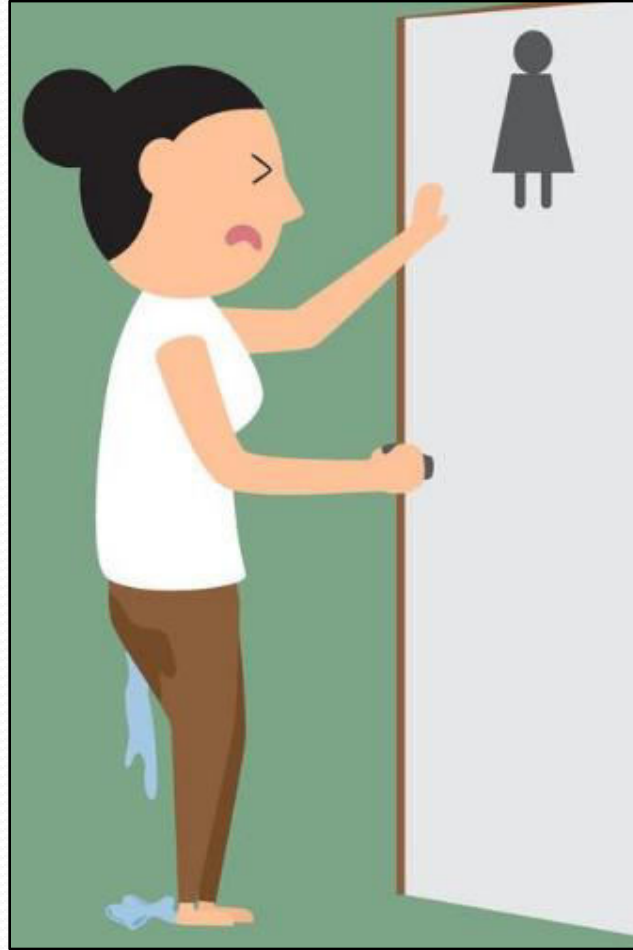
İŞEME BOZUKLUKLARI – BARSAK FONKSİYONLARI - ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU

- İdrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü var mı? (2 yıl önce 1 kez)



- Kabızlık , dışkı kaçırma var mı?





İdrar tutma manevraları

İşeme Bozuklukları Semptom skoru (İBSS)

1. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırıyor mu ?	Hayır Kaçırmaz	Bazen	Günde 1-2 kez	Her zaman
	0	1	3	5
2. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırıyorsa ne piddette idrar kaçırıyor ?	Damla-damla	Sadece külot ıslak	Pantolon tamamen ıslak	
	1	3	5	
3. Çocuğunuz gece idrar kaçırıyor mu ?	Hayır Kaçırmaz	Haftada 1-2 gece	Haftada 3-5 gece	Haftada 6-7 gece
	0	1	3	5
4. Çocuğunuz gece idrar kaçırıyorsa ne piddette idrar kaçırıyor ?	Çamaşırı veya Pijaması ıslanır	Yatak ıslanır		
	1	4		
5. Çocuğunuz günde kaç kere tuvalete çık yapmaya gider?	7 den az	7 den fazla		
	0	1		
6. Çocuğunuz ikerken ıknır mı ?	Hayır	Evet		
	0	4		
7. Çocuğunuz ikerken ağrısı olduğunu söyler mi ?	Hayır	Evet		
	0	1		
8. Çocuğunuz ikerken bir başlayıp bir durarak çişini yapar mı?	Hayır	Evet		
	0	2		
9. Çocuğunuz çiş bitince tekrar tuvalete gidip çişini yapar mı?	Hayır	Evet		
	0	2		
10. Çocuğunuz aniden çişinin geldiğini söyleyip hızla tuvalete koşuyor mu?	Hayır	Evet		
	0	1		
11. Çocuğunuz oyun sırasında bir kenara diz üstü çöküp idrarını tutmaya çalışıyor mu?	Hayır	Evet		
	0	2		
12. Çocuğunuz çiş geldiğinde tuvalete yetişemeden çişini altına kaçırıyor mu?	Hayır	Evet		
	0	2		
13. Çocuğunuzun kabızlığı var mı?	Hayır	Evet		
	0	1		
HAYAT KALİTESİ				
Çocuğunuzda yukarıda sayılan şikayetlerden bir veya birkaçı varsa bu aile, okul ve sosyal yaşantısını ne kadar etkiliyor?	Hayır Etkilemiyor	Evet az etkiliyor	Evet etkiliyor	Evet ciddi etkiliyor
	0	1	2	3

HASTANIN:

Laboratuvar

Biyokimya

Glukoz	: <u>80</u> mg/dl
BUN	: 14 mg/dl
Kreatinin	: <u>0,45</u> mg/dl
Üre	: 30,5 mg/dl
Ürik asit	: 3,88 mg/dl
Na	: 141 mmol/L
K	: <u>4,8</u> mmol/L
Cl	: 105 mmol/L
P	: 4,5 mg/dl
Mg	: 2,4 mg/dl

Tam idrar tahlili

Renk	: Açık sarı
Ph	: 6,5
Dansite	: <u>1020</u>
Kan	: -
Lökosit	: -
Glukoz	: -
Protein	: -
Nitrit	: -
Ürobilinojen	: Normal

USG

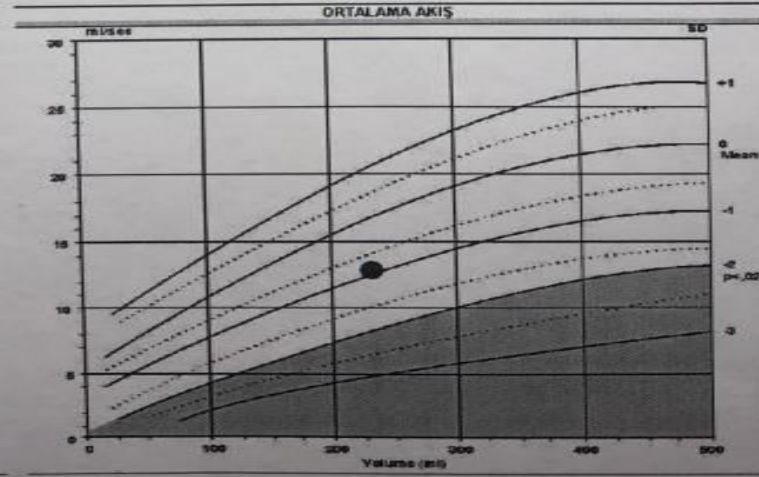
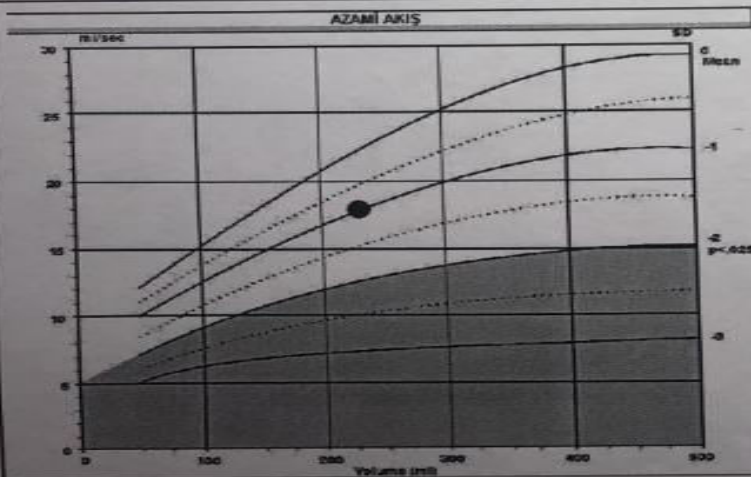
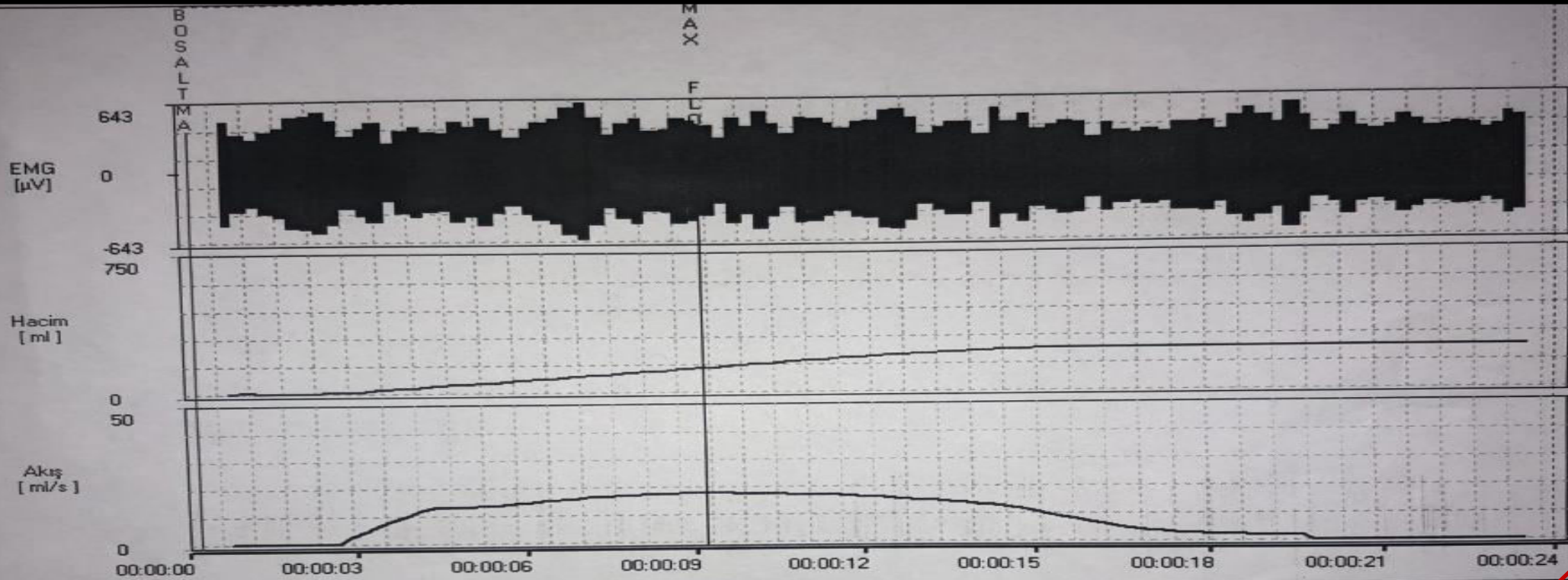
ÜRİNER SİSTEM RENKLİ DOPPLER US RAPORU:

Her iki böbrek boyutları normaldir, konturları düzenlidir. Parankim eko ve kalınlık normaldir. Bilateral böbreklerde taş, kitle, hidronefroz izlenmedi.

Mesane konturları düzenlidir. Mesane lümeni içinde patoloji izlenmedi. Premiksiyonel mesane hacmi 114cc olarak ölçüldü. Postmiksiyonel mesane hacmi 30cc olarak ölçülmüş olup artmıştır.

Renkli Doppler incemelede bilateral renal ater ve ven açık izlendi.

Üroflowmetri-EMG



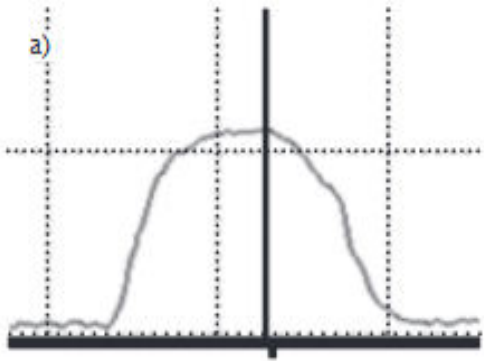
BOŞALTMA ÖZETİ	
Azami Akış	18 ml/sn
Azami Akışa Ulaşma Süresi	7 sn
Akış Süresi	17 sn
Ortalama Akış	13 ml/sn
Boşaltılan Miktar	231 ml
Boşaltma Süresi	17 sn
Azami Akışdaki Pdet	0 cmH2O
Max Pdet	0 cmH2O

N

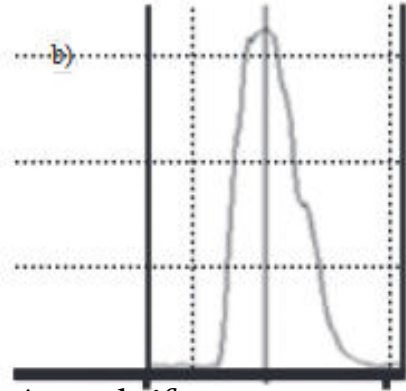
N

N

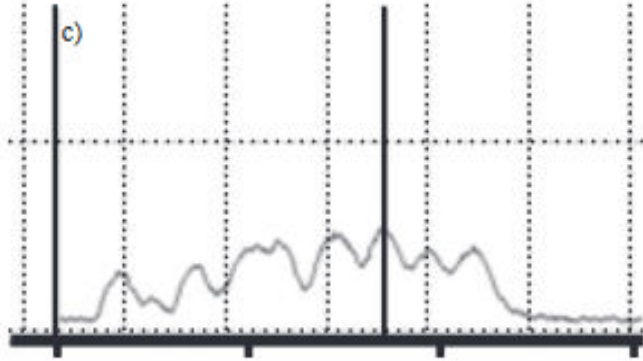




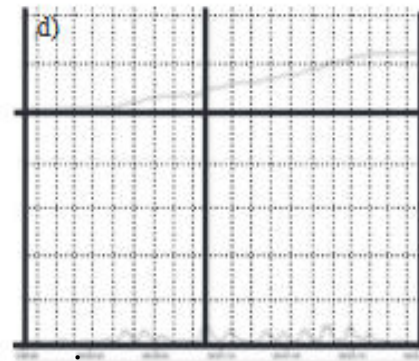
Normal işeme paterni



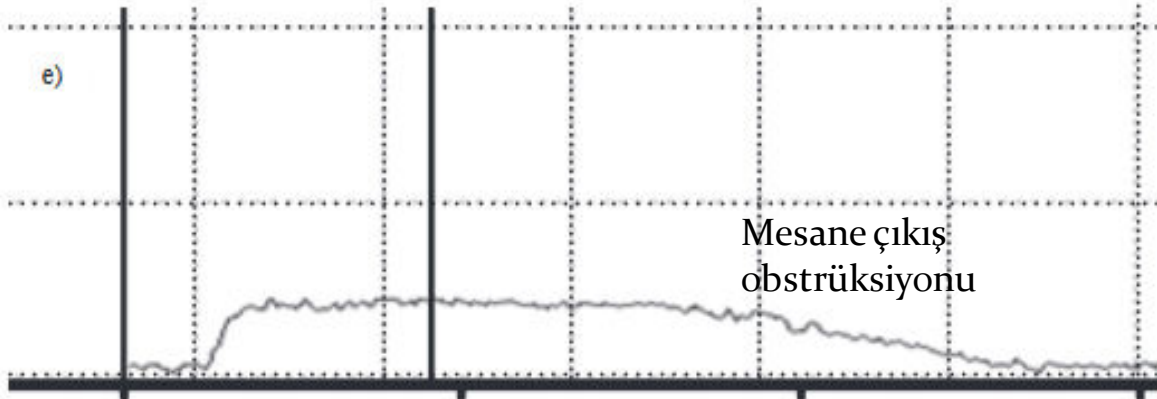
Aşırı aktif mesane



Staccato işeme



İntermitant işeme



Mesane çıkış
obstrüksiyonu

- A) **Normal işeme paterni**
- B) Kule şeklindeki bir akım eğrisi kısa süreli ve yüksek genlikteki bir işeme eğrisini temsil etmekte olup, **detrüsör aşırı aktivitesi** ile ilişkilendirilmektedir .
- C) Kesik kesik “staccato” şeklindeki bir eğri ise **dış üretral sfinkter aşırı aktivitesini** desteklemekte olup, devam etmekte olan bir akım eğrisindeki dalgalanmaları gösterir .
- D) Buradaki akım dalgalanmaları tipik olarak sıfır noktasına ulaşmaz. Kesintili “fractionated” şeklinde de yine akım eğrisinde dalgalanmalar mevcut olup, buradaki akım eğrisi staccatodan farklı olarak sıfır değerine ulaşmaktadır . Bu eğri şekli **detrüsör yetmezliğini** düşündürmekte olup, karın içi basıncın artırılması yoluyla sağlanan işeme şeklini göstermektedir
- E. Plato akım şekli ise **mesane çıkım obstrüksiyonunu** destekleyen düşük genlikteki eğri şeklidir.

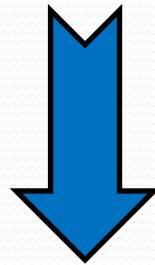
Tanı

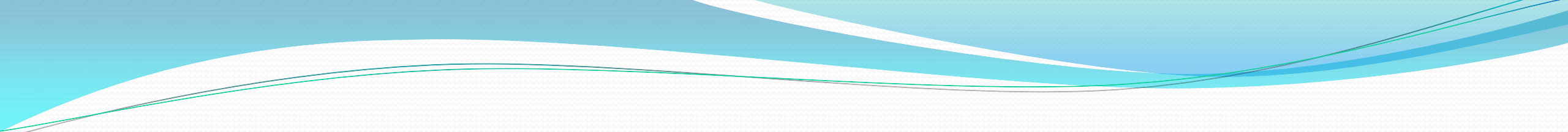
????



Patolojik Bulgular

- 6 aylık kuru bir dönem sonrası başlayan (**sekonder**) idrar kaçırma
- Gündüz idrar tutma manevraları (**bekletme + , sallanma +**)
- Ani idrara sıkışma hissi (**urge**)
- İdrar yolu enfeksiyonu geçirme hikayesi
- Üriner sistem USG'de **mesane kapasitesinde düşüklük** ve işeme sonrası rezidü
- EMG-üroflowmetride; akım hızları normal fakat **mesane kapasitesinde düşüklük**





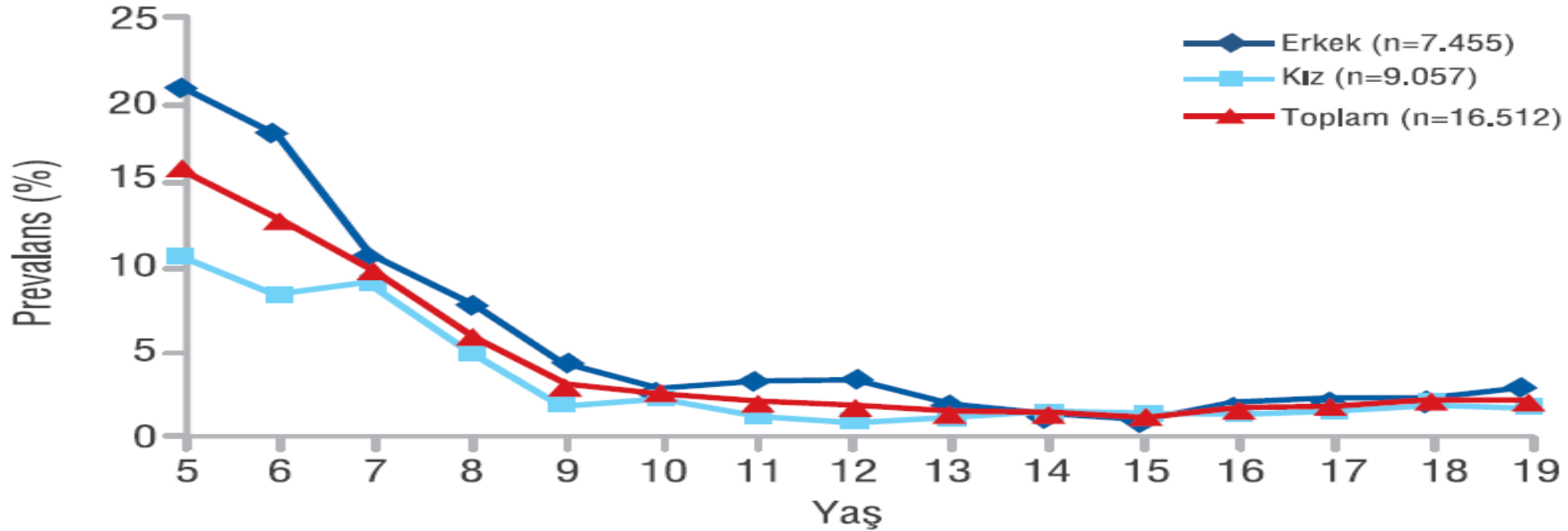
NON-MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTURNA

Tanımlama

- **Enürezis** : Uykuda yatağa ya da giysilere yineleyen bir biçimde idrar kaçırma olarak tanımlanır.
- **Enürezis nokturna** : Doğuştan ya da kazanılmış santral sinir sistemi defekti olmayan 5 yaşın üzerindeki çocuklarda istemsiz olarak uykuda gece altını ıslatması
 - ❖ **Monosemptomatik (Basit) EN** : Gece yatağı ıslatma dışından gün içinde herhangi bir belirti yoktur.
 - ❖ **Monosemptomatik olmayan (Komplike) EN**: Gece altını ıslatma yanında, gündüzleri ani sıkışma hissi, sık idrar gitme, gündüz idrar kaçırma, kronik kabızlık gibi bulguların eşlik etmesi olarak tanımlanır.

- **Primer Enürezis** : İdrar kontrolünü doğumdan itibaren hiç sağlayamamak.
- **Sekonder Enürezis** : İdrar kaçırmamanın 6 aydan uzun süreli kuru dönemden sonra tekrar başlamasıdır.

- Enürezisin prevalansı popölasyona göre farklılık göstermektedir. Genel olarak 5 yaş civarında %10-15 oranından görülür. 10 yaşında %7'ye, 12 yaşından %3'e, 15 yaşından sonra ise %1'e inmektedir.
- 10-11 yaşına kadar **erkeklerde 2 kat daha fazladır**. Daha sonra insidans hemen hemen eşit olup kızlarda biraz daha yüksektir.



Şekil 1. Enürezis noktürna sıklığı

Etyoloji

- Monosemptomatik enüreziste daha çok **multifaktöriyel** etyoloji düşünülmektedir. **Genetik faktörler, uyanma bozuklukları, hormonal faktörler, mesane ilişkili faktörler** enürezise neden olabilir.
- Vakaların %97-98'inden **organik bir neden yoktur**. Organik neden arasında; **işeme disfonksiyonu, üriner enfeksiyon, üretral obstrüksiyon, ektopik üreter, obstrüktif uyku apnesi, diabetes mellitus, diabetes insipidus, hipertiroidizm** sayılabilir.
- Enürezis nokturnası bulunanların yakınlarında enürezis görülme sıklığı daha fazladır. Her iki ebeveyni enüretik olanlarda **görülme oranı %77**, biri enüretik olanlarda ise **%46**'dır. Aile öyküsü olmayanlarda ise **%15** oranında görülür.

Fizyopatoloji :

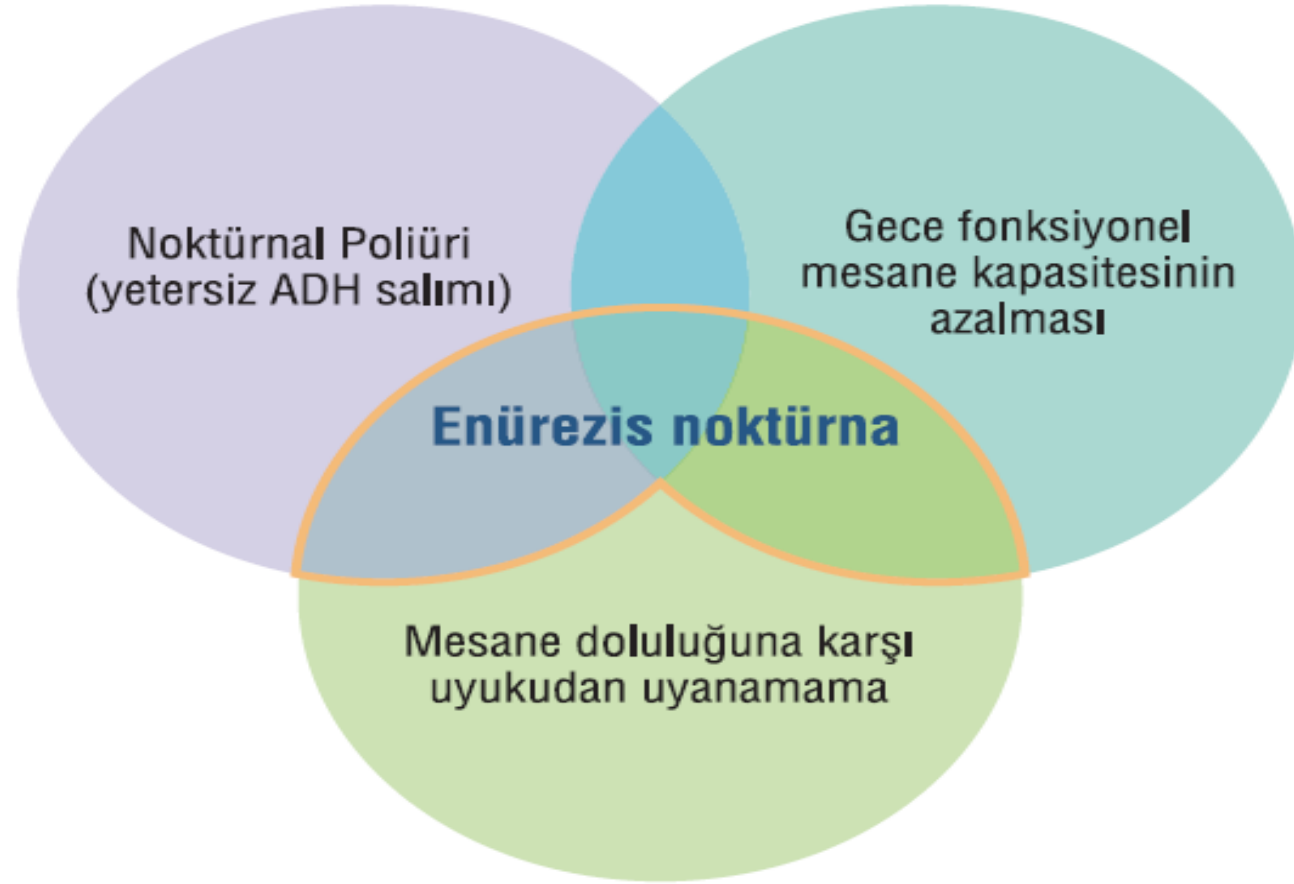
1-Uyanma bozukluğu:

- MSE'li hastalarda önemli problemlerden biri **uykuda mesane doluluğunun hissedilmemesi** ve tuvalate gitmek için uyandırılmamalarıdır.
- Mesane doluluk ve kontraksiyonlarının algılanması ve inhibisyonunda **gelişimsel bir gecikme** söz konusur.
- Çoğu çocukta uyanma yeteneği **santral sinir sistemi maturasyonu** ile düzelir.

2- Gece düşük mesane kapasitesi ve aşırı detrüsör aktivitesi

- Enürezisli hastaların büyük çoğunluğunda **gece mesane kapasitesinin azaldığı** gösterilmiştir.
- Primer bir neden mi, yoksa gece artan idrar miktarına bağlı göreceli bir kapasite azlığı mı olduğu tartışmalıdır.
- Özellikle tedaviye dirençli MSE'li çocukların gündüz fonksiyonel mesane kapasiteleri normal olduğu halde noktürnal mesane kapasitelerinin azalmış olduğu saptanmıştır.
- Ayrıca MSE'li hastarda yapılan ürodinamik çalışmalar %30 oranında **mesane detrüsör instabilitesi** olduğunu göstermiştir.

- **3-Noktürnal poliüri (Artmış gece idrar miktarı)**
- Gece idrar miktarının beklenen mesane kapasitesinin % 130'undan fazla olması **noktürnal poliüri** olarak tanımlanır.
- Mesane kapasitesi : $30 + [\text{Yaş(yıl)} \times 30]$ ml formülü ile hesaplanabilir.
- Normal şartlarda, noktürnal ADH salgısı gündüze göre yüksektir. Bu durum geceleri **%50 daha az idrar** çıkışına neden olur. Noktürnal poliüri, ADH sekresyonunun gece-gündüz değişmediği olgularda fonksiyonel mesane kapasitesini zorlayarak enürezise yol açabilir.



Şekil 2. Monosemptomatik enürezis noktürna fizyopatolojisinde etkili faktörler

Tanı



- **Amaç :** Monosemptomatik enürezis ile olmayanı ayırt edebilmek
- Gece idrar kaçırmaya eşlik edebilecek bu belirti ve bulgular varlığında **monosemptomatik olmayan enürezisten** bahsedilir:
 - Gündüz yetişememe tipi idrar kaçırma veya gündüz uyanırken her türlü idrar kaçırma
 - İdrarını geciktirmede güçlük
 - Günlük yaşamı rahatsız edecek sıklıkta ($>7/\text{gün}$) idrar yapma gereksinimi
 - İkınarak idrar yapma
 - İdrarını tutma ve yapma sıklığından azalma ($<3/\text{gün}$) olan hastalarda çaprazlama, çömelmeye gibi idrar tutma manevraları
 - Üriner enfeksiyon varlığı
 - Kabızlık ve fekal inkontinans

FORM 2. İŞEME GÜNLÜĞÜ

Bu form gündüz semptomları da olan nonmonosemptomatik enürezis noktürna'lı olgularda günlük işeme paterni hakkında bilgi toplamak için kullanılır.

CUMARTESİ (hafta sonu)

Zaman	Alınan sıvı miktarı (ml)	Hacim idrar (ml)	Kaçırma	
			EVET	HAYIR

FORM 3. GECE ALTINI ISLATMA ÇİZELGESİ

Bu form gece yatak ıslatma paterni hakkında bilgi toplamak amacıyla opsiyonel olarak kullanılabilir.

	Pt	S	Ç	Pş	C	Ct	Pz
Yatağa gitme zamanı							
Uyanma zamanı							
Kuru							
Islak							
Uyanıp işeme							
Defakasyon							
Sabah bez ağırlığı (gr)							
Sabah işenen ilk volüm (ml)							
Toplam							

ÖNEMLİ

Fizik Muayene

- Lumbosakral muayene: Spinal disrafizmin deri bulguları, kıllanma artışı, kleft, sakral gamze, meningosel, meningomyelosel
- Nörolojik muayene: Alt ekstremitte kuvveti ve duyusu, derin tendon refleksleri, perineal/anal duyu, rektal tonus, ano-kutanöz refleks
- Ürolojik- genital muayene: Meatusun incelenmesi, labial ve vajinal değerlendirme
- İdrar akışının gözlenmesi

Ayırıcı tanı

- Diabetes insipidus
- Diabetes mellitus
- Disfonksiyonel işeme
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Kronik böbrek yetmezliği
- Spinal disrafizm
- Üst hava yolu obstrüksüyonu
- Psikojenik polidipsi

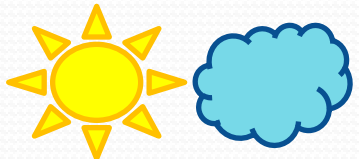
Tedavi

Destekleyici tedavi

- Beslenme alışkanlıkları düzenlenmeli, **günde 6-7 kez 250 ml kadar ya da 30 ml/kg/gün** şeklinde sıvı alımı sağlanmalı
- Akşamları yatmadan **2 saat önce** sıvı alımı kısıtlanmalı
- **Konstipasyon** sorunları çözülmeli
- Fizik aktivite düzenlenmeli, **uzun süre oturur pozisyonda kalma** engellenmeli

Destekleyici tedavi

- Evde ve okulda **2-3 saatte bir düzenli (5-7/gün)** idrar yapması sağlanmalı
- Yatmadan önce mutlaka mesane boşaltılmalı ve uyduktan **2 saat sonra** uyandırılarak idrar yapması sağlanmalı
- **Bez bağlamaktan kaçınılmalı!**
- İdrar kaçırma sonrası giysi ve yatak temizliğinden **çocuğun aktif katkı ve yardımı** sağlanmalı
- **Ailenin ceza uygulaması önlenmeli!**
- Çocuğun ıslak ve kuru geceleri **takvim** şeklinden not etmesi istenmeli



Alarm Tedavisi

- Özellikle **uyanma sorunu olan** çocuklarda en etkili tedavi yöntemidir.
- Çocuk idrar yaptığı anda alarm çalarak çocuğun uyanmasını sağlar. Etkinliği zaman içinden **mesane dolduğunda henüz idrar kaçırmadan** uyanmanın sağlanmasıdır.
- Başarı şansı **%65-75** kadardır.
- Relaps riski 6 aylık izlemde **%15-30** olup, etkin olmadığını söylemek için **en az 6-8 hafta** uygulanmalıdır.



- Uygulaması zor ve özveri gerektiren bir yöntem olup en önemli başarısızlık sebebi **aile uyumsuzluğudur.**
- Özellikle 8 yaş altı, uyumlu ve ilgili ailesi olan, mesane kapasitesi yeterli ve noktürnal poliürisi olmayan çocuklarda tercih edilmelidir.

İlaç tedavisi

- Nokturnal poliüri → Desmopressin
- Detrusör instabilitesi → Antikolinerjikler

Desmopressin

- Arginin vazopressinin sentetik bir analogu olup, antidiüretik etkisi ile hem **idrar üretimini azaltır** hemde **idrar konsantrasyonunu artırır**.
- Monosemptomatik enürezis nokturnalı çocukların büyük kısmında vazopressinin normal sirkadian ritmi görülmez, yani **gece daha fazla salgılanması gerekirken bu artış görülmez** ve nokturnal enürezis gelişir.
- **Nokturnal poliürisi** olan hastalar desmopressine en iyi yanıt veren hastalardır.
- Randomize kontrollü çalışmalar desmopressinin plasebo ile karşılaştırıldığında enürezis nokturnayı **4,6 kat azalttığını** göstermiştir.

- Desmopressine yanıtısızlığın en sık sebebi **gece azalmış mesane kapasitesidir**. Diğer önemli sebepler ise gece sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk, gece artmış solut alımı veya desmopressinin farmakodinamik etkisinin azalmasıdır.
- Desmopressinin **noktürnal poliürisi olan, haftalık altını ıslatma sayısı az, mesane kapasitesi normal olan, gündüz semptomları olmayan ve aile öyküsü pozitif çocuklarda** daha başarılı olduğu belirtilmektedir.
(Modifiye Oxfort Kriterlerine göre kanıt düzeyi 1, Öneri derecesi A)

Desmopressin Formları		
Desmopressin tablet	0.1 mg	0.2 mg
Desmopressin Melt	60 mcg	120 mcg

Şekil 3. Desmopressin Formları

**Desmopressin Melt
başlangıç dozu:
120 mcg (Melt olarak) 2 hafta**

Kuruluk sağlandı mı?
Tam yanıt

HAYIR

Doz maksimum 240 mcg'a
çıkılır. 2 hafta sonra
değerlendirilir.

EVET

Desmopressin Melt
(3 ay)

EVET

Kuruluk sağlandı mı?
Kısmi yanıt

HAYIR

Başka tedavi
eklenebilir

1 haftalık ilaçsız dönem
Desmopressin Melt
olmadan kuruluk devam
ediyor mu?

EVET

Doz azaltılarak kesilir.

HAYIR

Desmopressin Melt'e aynı dozda 3 ay daha devam edilir

Antikolinerjikler

- Oksibutinin bu konuda en sık kullanılan ilaçtır. **İnhibe edilemeyen detrusor kasılmasını engeller.**
- Teorik olarak oksibutinin MSE'li çocuklarda etkili olması pek beklenmez. Ancak gece azalmış mesane kapasitesi ve artmış mesane aktivitesi olan veya gündüz semptomları olan desmopressine yanıtızsız vakalarda etkili olmaktadır.

Enürezis çocuk ≥ 5 yaş

İlintili sorunlar
Ürolojik sorular
Üriner Enfeksiyonlar
Kabızlık, enkoprezis
Anormal sıvı tüketimi
Davranış bozuklukları

Evet

Hayır

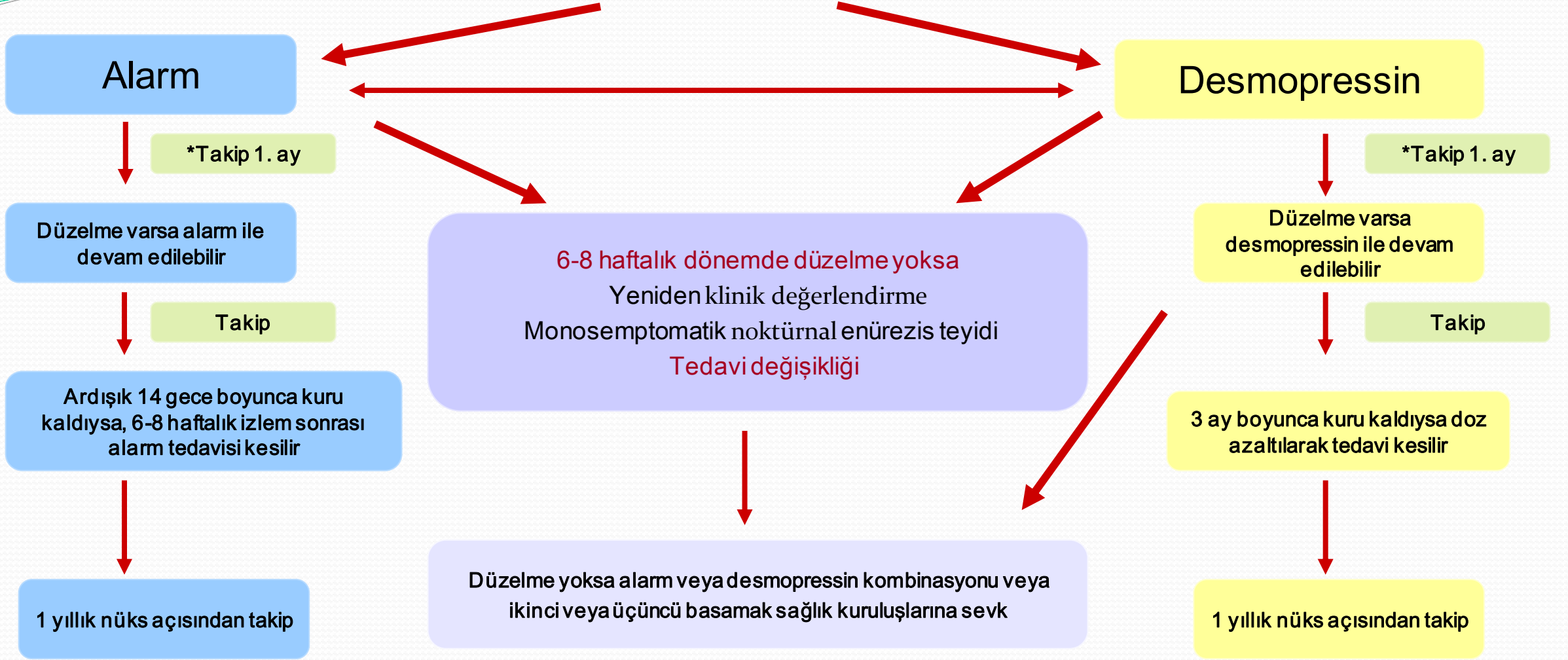
Monosemptomatik Enürezis
Hasta ve aile ile görüşme yapılmalı
Ayrıntılı bilgi verilir.
Olası nedenler açıklanır
Tedavi seçenekleri anlatılır
Hasta ve ebeveynin tedavi için motivasyonu sağlanır

İlk önce bu problemler tedavi edilmeli

Sıvı tüketimi, işeme eğitimi, beslenme önerileri, işeme günlüğü doldurtulması

Ebeveyn ve hasta ile görüşülerek olguya göre tedavi önerilir

Ebeveyn ve hasta ile görüşülerek olguya göre tedavi verilir



Düzelme: Ya daha az ıslak, ya ıslatılan gece sayısı az veya kuru

* 1 ay içinde tedaviye uyumun değerlendirilmesi

Hastanın Klinik Durumu . . .

- **Monosemptomatik olmayan enürezis nokturna** olarak değerlendirildi.
- **İşeme eğitimi (üroterapi)** verildi. **Gece sıvı kısıtlaması, gece uyandırarak idrara kaldırma** önerildi.
- **Oksibutinin** tedavisi (0,3 mg/kg/gün) başlandı. **3 aylık kullanım** sonrası gece idrar kaçırma şikayeti geriledi.
- Kontrol üriner sistem USG de işeme sonrası rezidü görülmedi.
- Tedavinin **6.ayında** idrar kaçırma şikayetinin **tamamen düzeldiği** görüldü.





TÜRKİYE ENÜREZİS ÇALIŞMA GRUBU

Prof. Dr. Ali Avanoğlu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Esra Başkan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Nefroloji Ünitesi

Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Nefroloji Ünitesi

Prof. Dr. Serdar Tekgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Orhan Ziyilhan

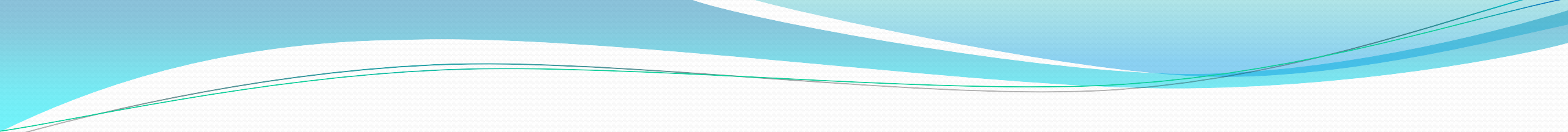
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ünal Zorludemir

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Türkiye Enürezis Çalışma Grubu; yukarıda isimli yazılı hekimlerden oluşmuştur. Bu grup 2009 ve 2010 yıllarında yaptıkları iki toplantı ve devam eden yazışmalarla bu kılavuzu oluşturmuştur. Kılavuzun bilimsel içeriği ile ilgili soru ve yorumlarınız için Türkiye Enürezis Çalışma Grubu üyelerinden herhangi biri ile temasa geçebilirsiniz.

Çalışma Grubu toplantıları ve bu kılavuzun basımı Ferring ilaç tarafından desteklenmiştir.



TEŞEKKÜRLER...