

Enures

Diagnostik och behandling

Svenska Enures Akademien, genom Tryggve Nevéus,
Anna-Lena Hellström och Annika Lindgren



Vad är Enures?

Enures är den medicinska termen för nattväta. Barn över 5 år som regelbundet kissar på sig under natten har enures.

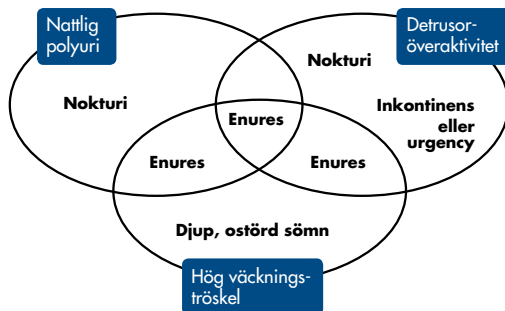
Om barnet alltid har kissat på sig kallas enuresen primär. Hos barn som varit torra på natten i perioder om mer än 6 månader benämnes enuresen sekundär (1).

Ungefär 20% av femåringar och 10% av sjuåringar lider av enures. I tonåren förekommer det hos 1–2% av ungdomarna. Det är fler pojkar än flickor som kissar i sängen (2).



Vad är orsaken till Enures?

Nattväta är endast i undantagsfall en primärt psykiatrisk åkomma. Orsaken är istället att de sängvätande barnen dels sover djupare än andra barn (3), dels antingen har en överproduktion av urin under natten (4) eller har en överaktiv urinblåsa (5).



Hur utreder man Enures?

Det viktigaste i utredningen är att ta upp en ordentlig anamnes för att ta reda på att det inte finns en behandlingskrävande urologisk eller medicinsk bakomliggande orsak till sängvätningen. Vi får då också en bild av hur barnets besvär är i förhållande till miktionsvanorna.

Ärftlighet

Är det någon annan i familjen som har eller har haft liknande besvär? Många gånger är det ett känt problem inom familjen (6) och risken för att ett barn ska lida av enures om bägge föräldrarna har gjort det är över 70%.

Sömnen

Upplever föräldrarna att barnet är svårt att väcka? Är det till och med så att barnet, när det väckts på natten, inte blir fullt kontaktbart utan måste ledas eller bäras till toaletten i ett halvsovande tillstånd? Detta är värdefullt att veta när man bedömer om barnet kan förväntas svara positivt på eventuell behandling med enuresalarm.



Kissproblem och kissvanor

Själva nattvätnen

Har barnet alltid kissat på sig på natten, eller är det ett nytilkommet bekymmer? I det senare fallet är det viktigt att utesluta diabetes eller urinvägsinfektion. Kissar barnet i sängen varje natt eller bara då och då? I det första fallet är chansen att det snart ska växa bort av sig själv mindre.

Kissvanor dagtid

Daginkontinens, som inte går över med enkla råd om regelbundna toalett-rutiner, ska utredas på barnklinik. Urgency (plötslig kissnödighet med svårigheter att hinna till toaletten) är vanligt hos mindre barn och behöver inte särskilt utredas eller behandlas om barnet inte dessutom är inkontinent. Om barnet behöver krysta vid miktion, kissar med dålig stråle, eller har mycket glesa miktionsintervall – mindre än 3–4 gånger/dag – kan det föreligga en blåstömningssubbning, som ska utredas på barnklinik. Är barnet mycket törstigt? I enstaka fall kan detta tyda på diabetes eller njursjukdom.

Urinvägsinfektioner

Hos pojkar utreds detta alltid, hos flickor efter upprepade infektioner. Utredning vid barnklinik.

Avföringsvanor

Lider barnet även av förstoppning? Förstoppning är vanligt bland barn som har problem med urinblåsan. Vanliga symtom på att tarmen är trög är magont, hård avföring eller tendens till att få bajns i underkläderna. En del barn kan vara förstoppade utan att ha mycket symtom alls. Förstoppning bör åtgärdas innan nattvätan behandlas. Ibland räcker det med att få ordning på tarmen för att det ska bli torrt i sängen.

Har barnet tidigare behandlats för sin enures?

I så fall vilken typ av behandling? Om barnet utan framgång prövat Minirin (desmopressin), kan det vara värt att gå vidare med enuresalarm och vice versa. Om enuresalarmet utan framgång prövats är det viktigt att förhöra sig om det användes på rätt sätt.

Hur är den sociala situationen?

Förväntas familjen klara av alarmbehandling, som ju ställer stora krav på föräldrarnas deltagande?

Hur stort problem är nattvätan för barnet?

Fråga hur barnet och familjen upplever situationen! Skäms barnet mycket för sitt problem? Hindrar det honom eller henne från att leva som andra barn? Det är barnets upplevelse av sin situation som ska vara avgörande för hur tidigt behandlingen ska startas och hur intensivt den ska bedrivas. Vi vet att enures ger upphov till dålig självkänsla hos barnen och att framgångsrik behandling kan göra att denna normaliseras (7). Men naturen måste ges lite tid – femåringar ska inte behöva medicinera mot enures.

Status

Vanlig kroppsundersökning bör genomföras. Om sjukhistorien ger anledning att misstänka njursjukdom bör man komplettera med blodtryck. Uteslut synliga missbildningar, inspektera nedre delen av ryggen efter hårtofs, gropar etc. Uteslut neurologiska avvikelser (stegrade reflexer i nedre extremiteterna, tågång, positiv Babinski etc). Undersök yttre genitalia avseende trång förhud, sipprande urin etc. Vid misstanke om förstoppning är det bra att palpera per rectum, eftersom förekomsten av formad faeces i ändtarmen – om barnet inte är bajsnödigt – kan bekräfta denna misstanke.

Lab

Urinsticka (glukos, albumin, vita/röda blodkroppar, bakterier) är viktigt att kontrollera framför allt vid sekundär enures, eftersom urinvägsinfektion och diabetes mellitus då måste uteslutas. Med undantag för i de fåtal fall då njursjukdom måste misstänkas (ökad törst, viktne­dgång, blodtrycksstegring) ger blodprover föga i utredningen. Urinflödesmätning med residualurinsbestämning är indicerad vid samtidig besvärande daginkontinens eller om nattvätan inte svarar på standardbehandling.

Röntgenundersökningar

Urografi, cystografi eller ultraljud av urin­vägarna behöver ej göras om inte misstanke om anomalier finns.

Hur behandlas Enures?

Idag finns huvudsakligen två behandlingsformer – enuresalarmet och det antidiuretiska läkemedlet Minirin® (desmopressin) (8). Informera om båda dessa metoder samt deras för- och nackdelar och låt föräldrar och barn välja den behandling som passar dem bäst.

Minirin (desmopressin)

Minirin kan användas som långtidsbehandling fr o m 6 års ålder. Medicinen tas som en frystorkad snabbsmältande tablett som läggs under tungan och dosen är 120-240 ug 30-60 minuter innan sänggåendet. Högre dos ger längre effektduration. Efter ett par veckor kan behandlingsresultatet utvärderas. Är effekten bra kan man behandla i 3-månadersperioder med uppehåll under någon vecka för att bedöma om barnet behöver sin medicin eller ej. Om medicinen fungerar bra för barnet är det



upp till familjen att bestämma om den ska ges dagligen eller bara inför "viktiga nätter" – båda sätten är rätt. Om medicinen under ett par veckors behandling inte hade någon positiv effekt bör behandlingen avbrytas. Eftersom Minirin minskar urinproduktionen ska vätskeintaget begränsas till att bara tillfredsställa törst under perioden 1 timme före till 8 timmar efter administrering. Man räknar med att 2/3 av barnen har positiv effekt av behandlingen, så länge de tar medicinen.

Enuresalarm

Det finns på marknaden ett flertal olika märken, som alla är likvärdiga i fråga om funktion och tillförlitlighet. Enuresalarm kan användas om barnet är över 5 år och motiverat för behandling samt om sociala och bostadsmässiga förutsättningar finns. Informera föräldrarna noga om hur alarmet fungerar och att någon bör sova i samma rum som barnet den första tiden samt, då apparaten larmar, väcka barnet och hjälpa det till toaletten.

Det är viktigt att det hela genomförs konsekvent. Det går alltså inte att göra uppehåll under pågående behandling. Däremot är det rimligt att alarmet stängs av efter nattens första ljudsignal, så att barnet inte behöver väckas mer än en gång per natt.

Det är oerhört viktigt att hålla kontakt under behandlingen! Telefonkontakt redan efter två veckor rekommenderas så att tidiga missförstånd kan rättas till och terapin optimeras.

Alarmbehandlingen syftar till att uppnå två torra veckor i rad, varför det ofta tar mellan 6 veckor och 3 månader innan det hela är färdigt. Om ingen förbättring alls uppnåtts efter 6 veckor, avbryts behandlingen. Om viss, men ofullständig, förbättring erhålles, kan terapin förlängas ytterligare.

Med enuresalarmet brukar 2/3 av patienterna bli torra, men ca 20% av dessa återfaller efteråt. Behandlingen kräver dock stort engagemang från samtliga involverade.

Vid recidiv efter en lyckad behandlingsperiod gör ofta ett nytt försök att barnet blir torrt igen. Annars rekommenderas Minirin.



Ingen effekt av vare sig enuresalarmet eller Minirin

Om barnet inte svarar på vare sig alarmet eller Minirin kan kombinationsbehandling med bådadera samtidigt övervägas. I annat fall bör barnet remitteras till specialist. Även för dessa barn brukar det gå att hitta en framgångsrik terapi med hjälp av olika medikamentella och icke-medikamentella strategier.

Läs mer på: svenskaenures.se
minirin.se
torrnatt.nu



Referenser

- 1 Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W, Jørgensen TM, Rittig S, Vande Walle J, Yeung CK, Djurhuus JC. 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 (ICCS). *J Urol* 2006; 176(1): 314-24.
- 2 Hellström A-L, Hansson E, Hansson S, Hjälmås K, Jodal U. Incontinence and micturition habits in 7-year-old Swedish school entrants. *Eur J Pediatr* 1990; 149: 434-7.
- 3 Wolfish NM, Pivik RT, Busby KA. Elevated sleep arousal thresholds in enuretic boys: clinical implications. *Acta Paediatr* 1997; 86: 381-4.
- 4 Rittig S, Knudsen UB, Nørgaard JP, Pedersen EB, Djurhuus JC. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *Am J Physiol* 1989; 256: F664-71.
- 5 Yeung CK, Chiu HN, Sit FK. Bladder dysfunction in children with refractory monosymptomatic primary nocturnal enuresis. *J Urol* 1999; 162(3 Pt 2): 1049-55.
- 6 Järvelin MR, Viikeväinen-Tervonen L, Moilanen I, Huttunen N-P. Enuresis in seven-year-old children. *Acta Paediatr Scand* 1988; 77: 148-53.
- 7 Häggglöf B, Andrén O, Bergström E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31 (Suppl 183): 79-82.
- 8 Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgul S, Vande Walle J, Yeung CK, Robson L. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol* 2010; 183: 441-7

Se även SEA/Mattsson et al. Så behandlar barnläkaren söngvätning. *Läkartidningen* Nr 26-27, 2003:100;2300-02



Svenska Enures Akademiens skriftserie nr 2 Diagnostik och behandling Svenska Enures Akademien

Svenska Enures Akademien bildades 1993 som en medicinsk expert- och referensgrupp för frågor kring enures och inkontinens hos barn och ungdomar. Ledamöterna representerar allmän pediatrik, skolhälsovård, barnneurologi/ habilitering, barnnefropologi, barnurologi, barnpsykiatri, vuxenurologi, njur- och neurofysiologi och uroterapi. Denna skrift är framtagen som en service till sjukvården.

Ledamöter i SEA Januari 2011

Bruno Häggglöf (Preses), Barn och ungdomspsykiatri, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Sven Mattsson (Ständig sekreterare), Barn o Ungdomssjukhuset, Universitetssjukhuset, Linköping
Anna-Lena Hellström (Skattmästare), Drottning Silvias Barnsjukhus, Göteborg

Anders Arner, Avd för fysiologi och farmakologi, Karolinska Institutet
Damien Brackman (adjungerad), Barneklonken, Haukelands Universitetssykehus, Bergen, Norge
Gunilla Glad Mattsson, IKE, Kvinnor o Barns Hälsa, Linköpings Universitet
Maria Herthelius, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm
Sonja Kruse, Drottning Silvias Barnsjukhus, Göteborg
Annika Lindgren, Skolhälsovården, Malmö
Sivert Lindström, Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Hälsouniversitetet, Linköping
Göran Läckgren, Barnurologiska Sektionen, Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala
Lars Malmberg, Urologkliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö
Tryggve Nevéus, Njur- och urinvägsenheten, Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala
Jens Peter Nørgaard (adjungerad), Urologkliniken, Universitetssjukhuset, Lund
A. Erik G. Persson, Avd f fysiologi, Inst f med cellbiologi, Uppsala Universitet
Søren Rittig (adjungerad), Børneafdelning, Århus Universitetssjukhus, Skejby, Danmark
Ulla Sillé, Drottning Silvias Barnsjukhus, Göteborg
Hans Smedje, BUP Kungsholmen, Stockholm
Arne Stenberg, Barnkir klin, Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala
Søren Wille, Barnmottagningen, Helsingborgs Lasarett

Minirin® (desmopressin). **Beredningsform:** frystorkad tablett. **Indikation:** Primär nattlig enures (fr o m 6 års ålder) när enureslarm inte givit önskad effekt hos patienter med normal förmåga att koncentrera urin. **ATC-kod:** H01BA02. Rx, F. SPC uppdaterad: 2010-09-28. För ytterligare information och pris, se fass.se.

FERRING
PHARMACEUTICALS

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS