

FÖRSLAG TILL UTREDNINGSGÅNG VID ENURES

Detta dokument är sammanställt av Svenska EnuresAkademin och är tänkt att vara till ledning för läkare och annan sjukvårdspersonal.

STEG 1. BARNET SÖKER FÖRSTA GÅNGEN FÖR ENURES

Vid första kontakten kan familjen träffa en allmänläkare eller en sjuksköterska inom primärvården eller skolhälsovården. Det viktiga är inte vårdgivarens profession utan att han/hon vet vilka frågor som skall ställas och är förtrogen med förstahandsbehandlingarna enureslarmet och desmopressin. En god anamnes och ett urinprov räcker i regel som utredning på det här stadiet.

Mål

- 1) Upptäcka de barn som behöver ytterligare utredning
- 2) Ge goda råd till barnet och familjen
- 3) Starta aktiv behandling till de barn som är gamla nog att behöva detta

Utredning

ANAMNES

1) Allmänsymtom

Trötthet, viktnedgång? Illamående? Överdriven törst med behov av att dricka på natten?

2) Själva nattvätan

Varje natt eller mer sporadiskt? Är den nytilkommen eller har det alltid varit så här?

3) Kissvanor dagtid

Kissar barnet ofta eller sällan? Förekommer urgency (plötslig oväntad kissnödighet)? Finns urininkontinens dagtid? I så fall, kommer det i små eller stora portioner eller är det ständigt sipprande?

Kissar barnet med bra stråle? Måste barnet krysta för att tömma blåsan?

4) Avföringsvanor

Bajsar barnet sällan (varannan dag eller mindre ofta) eller hårt? Förekommer avföringsinkontinens?

5) Sömn

De flesta barn med nattväta upplevs som svåra att väcka på natten. Är barnet så svårt att väcka att det inte riktigt går att få kontakt med och inte minns någonting sedan på morgonen? Snarkar barnet de flesta nätter, eller har andningsuppehåll

6) Tidigare sjukdomar

Har barnets psykomotoriska utveckling varit normal? Var det tidigare problem med daginkontinens? Har det förekommit urinvägsinfektioner?

7) Ärftlighet

Finns enures i den närmaste familjen?

8) Psykiatri, psykologi

Har barnet svårt att sitta still eller koncentrera sig? Är det problem i skolan? Är barnet själv mycket besvärat av sin nattväta?

STATUS

Om inget oroande har uppkommit under anamnesupptagandet räcker det med att mäta längd och vikt. Om barnet har blåstömningproblem, dålig urinstråle eller

upprepade urinvägsinfektioner bör ett basalt neurologstatus, inklusive inspektion av rygg och skinkor, göras. Vid misstanke om förstoppning är rektalpalpation en bra undersökning (om det går att göra utan obehag för barnet) eftersom formad faeces i ändtarmen bekräftar diagnosen. Vid allmänsymtom som viktnedgång, illamående eller överdriven törst behöver förstås ett fullständigt status, inklusive blodtryck, göras.

KISSLISTOR/MIKTIONSDAGBOK

Att be barnet med föräldrars hjälp fylla i en kissdagbok (se bilaga 1!) är till stor hjälp i den vidare utredningen. Det gör dessutom barnet mer medveten om sin kissblåsa och mer engagerat i behandlingen.

Den *förväntade blåskapaciteten* för barnets ålder räknas ut med följande formel: $[\text{Ålder (år)} + 1] \times 30 \text{ ml}$. I lägre tonåren har en vuxen kapacitet på ca 400 ml uppnåtts. Om barnet i regel kissar i portioner som ligger långt under sin förväntade blåskapacitet talar detta för att nattvätan orsakas av en överaktiv blåsa.

Väljer man att be familjen att mäta nattliga urinvolymer också (se bilaga 2!) kan man se om barnet har *nattlig polyuri*; det har det om summan av enuresvolymen och nästa morgonkissning > 130% av den förväntade blåskapaciteten.

PROVTAGNING

Urinsticka, med analys av glukos, leukocyter och nitrittest, bör tas.

Varningssignaler, barn med behov av extra utredning

ALLVARLIGA VARNINGSSIGNALER

Viktnedgång, illamående eller behov av att dricka på natten: barnläkarbedömning

Glukosuri: omedelbar kontroll av blodglukos för att utesluta diabetes mellitus

Ständigt sipprande inkontinens: barnurologbedömning

Dålig stråle, krystkissning: flödesmätning med residualurinsbestämning krävs

BARN SOM BEHÖVER UTREDAS MER INNAN BEHANDLING AV NATTVÄTAN KAN STARTAS

Barn med *misstänkt förstoppning* (gles eller hård avföring, avföringsinkontinens) skall behandlas för detta med laxering och regelbundna tarmvanor i minst en månad innan det är dags att behandla kissproblemen.

Inkontinens dagtid ska behandlas innan nattvätan. Första steget är att se till att barnet får regelbundna kissrutiner med ca 6 blåstömningar per dag, samt att eventuell förstoppning behandlas ordentligt.

Leukocyturi och/eller positiv nitrittest. Tag urinodling och om den är positiv, resonera med barnläkare om urinvägsinfektion skall misstänkas eller behandlas

Hård snarkning, sömnapnéer. Överväg öronläkarbedömning

Rådgivning och förstahandsbehandling

Barn som är minst 6 år gamla och besväras av sin nattväta behöver aktiv behandling. Yngre barn än så är det sällan befogat att ge mer än goda råd. Det är barnet, inte föräldrarnas frustration eller tvättkostnader, som ska behandlas!

RÅDGIVNING

Barnet behöver få information om hur urinblåsan fungerar och att det inte är hans/hennes fel att det kommer kiss i sängen.

Många föräldrar tar regelmässigt upp och "kissar" barnet mitt i natten. De bör få veta att detta inte är en botande behandling – hjälper det så hjälper det bara just den natten – och heller inte egentligen nödvändigt. Noggrann vätskerestriktion på eftermiddagar och kvällar är inte heller något som är befogat.

Förstahandsbehandlingen av urininkontinens dagtid är basal blåstråning med regelbundna blåstömningar ca 6 gånger per dag. Möjligtvis hjälper detta även vid enures.

BEHANDLINGSVAL VID AKTIV BEHANDLING

Det finns två förstahandsbehandlingar: enuresalarmet och läkemedlet desmopressin. Alarmet fungerar bäst om familjen är välmotiverad, barnet inte sover extremt djupt och nattvätan inträffar de flesta nätterna. Desmopressin har störst chans att fungera om barnet har nattlig polyuri men normala blåstömningens volymer dagtid.

Det finns två strategier vid valet av förstahandsbehandling. Antingen presenterar man fördelarna och nackdelarna med de två alternativen och låter familjen välja eller så baserar man valet på resultatet av urinmätningar dag och natt (bilaga 2). I det senare fallet rekommenderas desmopressin som startbehandling till barn med nattlig polyuri och alarmet till övriga.

Om första valet av behandling inte fungerade bör andra alternativet prövas, och vice versa. Fungerar varken alarmet eller desmopressin behöver barnet träffa en barnläkare för ställningstagande till behandling med andrahandsterapi.

ENURESALARMET

Alarmbehandling har stor chans att bota barnet från nattvätan, men kräver intensivt arbete och ger inte omedelbar effekt. De viktigaste principerna för framgångsrik behandling är:

- A) Familjen och barnet måste få alarmet noggrant demonstrerat och förklarat
- B) Alarmet måste användas konsekvent, varje natt, utan uppehåll
- C) Ofta vaknar alla i huset *utom* den som använder alarmet i början av behandlingen. Därför måste föräldrarna vara beredda att sova i samma rum som barnet och hjälpa det att vakna under de första veckorna.
- E) Vårdgivaren bör kontakta familjen efter ca 14 dagar för stöd och problemlösning under den första och mest krävande tiden under behandlingen
- F) Om positiva effekter syns efter 6 veckors behandling skall behandlingen fortsätta tills det blivit 14 torra nätter i rad (då alarmet alltså inte behövt utlösas). Har det däremot efter 6 veckor inte blivit någon positiv effekt bör behandlingen avbrytas och annan terapi erbjudas.

DESMOPRESSIN (MINIRIN®, NOCUTIL®)

Desmopressin har störst chans att fungera om nattvätan orsakas av nattlig polyuri. Fördelarna med behandlingen är att biverkningar är sällsynta och effekten mot nattvätan kommer fort. Nackdelarna är att medicinens *botande* effekt är liten och om den kombineras med överdrivet vätskeintag finns en risk för vätskebalansrubbing (hyponatremi). Grundprinciperna för behandlingen är:

A) Desmopressin ges som vanlig tablett i dosen 0,2-0,4 mg eller som munsönderfallande MELT-tablett i dosen 120-240 ug. I båda fallen tas medicinen 30-60 minuter före sänggåendet. De flesta barnen föredrar MELT-varianten.

B) Det kan vara farligt att kombinera desmopressin med "klassfestdrickande". Vill familjen ha mer noggranna instruktioner kan man ge barnet tillåtelse att från en timme före medicinintaget och under de kommande 8 timmarna bara dricka för att släcka eventuell törst (på grund av till exempel idrottsutövande).

C) Om behandlingen fungerar märks det omgående. Vi rekommenderar att behandlingen startar med den högre dosen (0,4 mg tablett eller 240 ug MELT). Om detta fungerar bra kan man sedan pröva att halvera dosen. Fungerar det inte alls är det ingen idé att fortsätta behandlingen

D) Om behandlingen fungerar bra kan familjen/barnet sedan välja att endera ge medicinen varje kväll eller bara inför "viktiga" nätter. Väljer man det förstnämnda bör kortare medicinuppehåll då och då göras för att ta reda på om behandlingen fortfarande behövs.

STEG 2. TERAPIRESISTENT ENURES

Barn som inte har blivit torra på natten med vare sig enuresalarmet eller desmopressin bör få träffa en barnläkare

Den utredning som då bör göras är ovanstående, kompletterat med ett fullständigt status samt urinflödesmätning och residualurinsbestämning. Blodprover, radiologi eller invasiv urodynamisk utredning är oftast inte indicerat.

Den behandling som nu kan bli aktuell, förutsatt att dold förstoppning är utesluten eller behandlad, är i första hand medicinering med antikolinergika, ofta kombinerat med desmopressin. Antikolinergika kan inte ges om barnet har residualurin vid upprepade mätningar.

Om inte heller behandling med antikolinergika, kombinerat med desmopressin, är framgångsrikt kan behandling med antidepressiv medicinering bli aktuellt. Detta måste i så fall skötas av specialist.

Behandling med enuresalarmet bör upprepas, förslagsvis vartannat år, hos de svårbehandlade barnen. För eller senare kommer det att fungera!

Referenser

Mattsson S, Nevéus T, editors. Enures och annan inkontinens hos barn. Lund: Studentlitteratur; 2011.

Nevéus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgül S, et al. Evaluation and treatment of monosymptomatic enuresis - a standardisation document from the International Children's Continence Society (ICCS). J Urol. 2010;183:441-7.

Nevéus T. The evaluation and treatment of therapy-resistant enuresis: a review. Upsala J Med Sci. 2006;111(1):61-72.

Kissdagbok en vecka

Datum							
Klock- slag	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
natt							

Två av dagarna vill vi att du fyller i *hur mycket* du kissar varje gång du går till toaletten, resten av dagarna räcker det med att du fyller i nedanstående bokstäver

X = toalett-kissning utan läckage

V = litet läckage (fuktigt i underkläderna)

W = stort läckage (underkläder + byxor/kjol våta)

B = plötsligt mycket kissnödig, bråttom till toaletten

Kisslista fredag kväll till måndag morgon, för barn och ungdomar med sängvätning

Den här listan vill vi att du fyller i under tre nätter och två dagar, förslagsvis från fredag kväll till måndag morgon. För att kunna fylla i listan behövs ett mätkärl att mäta kiss i och en vanlig elektronisk hushållsvåg att väga blöjor/lakansskydd med. Det är lättast att använda blöja de här nätterna, även om du kanske använder lakansskydd annars.

På det här viset kan vi lista ut mycket om hur din urinblåsa och dina njurar fungerar.

Namn:

Personnummer:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Fyll i datum)				
Kryssa i här om natten var torr eller våt)		Torr natt \emptyset Våt natt \emptyset	Torr natt \emptyset Våt natt \emptyset	Torr natt \emptyset Våt natt \emptyset
Om natten var våt: fyll i blöjans/ /skyddets vikt på morgonen här!)		Vikt: g	Vikt: g	Vikt: g
Varje gång du kissar ska du fylla i klockslag och mängden kiss här) (vill veta även om du gått upp och kissat på natten)		kl: ml	kl: ml	kl: ml
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
		kl: ml	kl: ml	
	På kvällen: fyll i blöjans/lakansskyddets torra vikt här)	Vikt: g	Vikt: g	Vikt: g