



ISOLERT NATTENURESE

(”monosymptomatic nocturnal enuresis” = monosymptomatisk nattenurese)

DIAGNOSE

Pasienter med urologiske symptomer på dagtid i tillegg til sengevæting hører ikke hjemme i denne gruppen. Slike symptomene er: pollakisuri, dagvæting, uimotståelige tissetrang, UVI. Disse pasientene har blæredysfunksjon og bør behandles deretter. Disse symptomene kan være vanskelige å få frem i anamnese: en del foreldre tror dessverre at skvetting ikke er unormalt hos store jenter.

De fleste pasienter bør oppfattes som primær enurese og få standard behandlingstilbud, selv om de har hatt tørre perioder på opp til flere måneder.

Det er ingen fast aldersgrense og ingen minimal hyppighet av væting for diagnosen. Man bør være pragmatisk og tilby behandling til modne og motiverte barn, fremfor til utålmodige foreldre.

Polyuri er den eneste differensielle diagnose. En god anamnese er ofte tilstrekkelig (Driker barnet om natten? Er barnet uvanlig tørst om morgenen?). Når man er i tvil er det lett å undersøke morgenurin (evt. etter væskerestriksjon fra kl. 18.00 dagen før): sp. vekt > 1028 eller U-osmo > 850 mosm/l utelukker konsentreringsdefekter.

Komplett organ US, nevrologisk US er normale.
Urinstix er negativ.

Utover dette er utredning ikke nødvendig.

BEHANDLING

Alderen for å starte behandling er avhengig av:

- Barnets motivasjon og modenhet (ofte 7 år, men en del 6-åringer er modne og noen 5-åringer kan være oppsøkende)
- Hvilken behandlingsform man har tenkt å bruke (barna må være mer modne ved alarmbehandling enn informasjon og positiv oppmuntring)
- Lokale forhold (kapasitet, kvalitet av oppfølging ...)

Informasjon til barnet

Om arv, mekanismen bak nattenurese, enkel nyre- og blærefysiologi.

Man forklarer barnet at:

- Tilstanden er hyppig og at mange andre barn (”sikkert noen av vennene dine”) har samme problem.
- ”Det er ikke noe du gjør galt, det er ikke din feil, det er ingen grunn til at du skal få kjeft.”
- ”Du er frisk. Du har alt som trengs for at det skal gå bra. Kroppen har bare ”glemt” å lære noe underveis.”
- ”Du blir tørr en gang, jeg vet ikke når, men jeg vet at du blir det.”
- Behandlingen kan ta litt tid.

Styrke ansvarfølelse

- ”Vi (lege og foreldre) kan hjelpe, men **du** er den sentrale personen som kan få det til”.
- Man anbefaler at foreldrene skal bistå med hjelp og tilsyn. De må passe på å ikke overta for barnet og forbli mest mulig nøytrale (både hjemme og hos legen).
- Barnet må slutte med bleie den dagen man begynner med behandlingen. Det kan være lurt å få barnet selv til å velge tidspunktet.
- Når barnet er stor nok kan det delta i arbeidet forårsaket av væting (bære vått tøy til vaskerommet, o.l.). Dette må ikke oppleves som en straff, men en bevisstgjøring.
- Premiering anbefales som regel ikke.

Registrering av våte og tørre netter

Har i seg selv terapeutisk effekt hvis dette hjelper barnet å ta ansvar. Barnet skal selv føre registrering. Foreldrene kan hjelpe, men bør holde avstand (for eks. se på det 1 gang i uken). Noen synes at barnet bare skal føre de tørre nettene. Barnet må ha registreringen med til hvert oppfølgingsbesøk.

Vekking av barnet når foreldrene legger seg, lærer trolig ikke barnet å være tørt.

Væskerestriksjon har ingen varig effekt.

Imidlertid kan disse tiltakene redusere vætingen, noe som er positivt for barnets selvtillit og kan styrke motivasjonen. I en låst situasjon, vil foreldrene ofte sette pris på enhver bedring.

Drikke / miksjoner: regelmessige og hyppige nok miksjoner (minst hver 3. time).

Tilstrekkelig drikke i.l.a. dagen (30-40 ml/kg/d).

Alarmapparat

Utstyr

Alarmmatte og alarmtruse brukes stort sett ikke lenger. Bærbart truseinnlegg er mer praktisk og effektiv.

Låne ved helsestasjon eller kjøpe?

Ved lån kan man nytte råd, erfaring, og hjelp av helsesøsteren men det er ofte lang ventetid, kort lånetid og utstyret er ofte ikke optimalt.

Kjøpet er en relativ liten investering i forhold til enureseskostnadene. Utstyret kan da brukes så lenge som ønskelig og er umiddelbart tilgjengelig i tilfelle residiv. Kanskje forsterker kjøpet motivasjon?

Vår anbefaling er kjøp av bærbart alarm med truseinnlegg.

Praktisk gjennomføring:

- Barnet og foreldrene må få god instruksjon om praktiske detaljer og demonstrasjon av utstyret.
- Alarmsystemet er barnets ansvar: barnet kobler det selv.
- Barnet må føle at det er dets ansvar å våkne, og bør forberede seg mentalt på dette før legging.
- Barnet får hjelp av legen, foreldrene, helsesøsteren for å vedlikeholde motivasjonen til å våkne opp.
- Hvis barnet ikke våkner av alarmen de første nettene, kan foreldrene vekke det. Barnet må da vekkes helt, stå opp, gå på do, bytte og koble alarmen på nytt. Foreldrene bør ikke

hjelpe barnet å våkne i mer enn en uke. Et trett barn vekkes ikke lett; man må da passe på at barnet legger seg tidlig nok.

- Man stopper ikke før man har forsøkt i 6 uker, eller mer hvis delvis bedring.
- Start opp på nytt uten opphold hvis residiv ved avslutning.
- Tett oppfølging er viktig under denne perioden (time annenhver uke / hver tredje uke). Legen eller helsesøster bør kunne kontaktes ved behov for råd eller tekniske problem.
- Hvis barnet væter seg mer enn en gang i løpet av natten, kan man kombinere desmopressin og alarmapparat.
- "Overlæring" kan føre til færre tilbakefall: når barnet er blitt tørt, får det store mengder væske å drikke om kvelden for å fremprovosere læringsituasjoner.
- Behandlingen kan avsluttes når barnet har vært sammenhengende tørt i 3-4 uker. I tilfelle residiv starter man på nytt.

MINIRIN

Man bruker nå utelukkende **smeltetabletter** à 120µg: 120 eller 240 µg 1 time før sengetid. Begrense drikke til ett glass fra 1 time før til 8 timer etter inntak av medikamentet. Foreskrives på blå resept.

Testperiode

Ha først en referanseperiode på 1-3 uker med registrering.

Begynn med 1 smeltetablett à 120 µg, dosen dobles etter 6-10 dager hvis nødvendig.

Forsøk hver kveld i 2 uker med maks. dose før man eventuelt konkluderer med at det ikke har effekt. Er det ikke effekt, er det ingen grunn til å fortsette.

Hvis effekten er god:

Fortsett med effektiv dose i 3 måneder, ta deretter en pause for å sjekke om barnet er blitt tørt. Vent minst 1 uke uten behandling.

I tilfelle residiv velger man mellom:

- å starte igjen for en mer eller mindre forlenget periode. Man vil da forsøke med visse mellomrom å ta en kort pause (hver 3.-6. måned)
- eller bruke medikamentet bare ved spesielle behov (liggebesøk, leir o.l.).
- Man har inntrykk av at gradvis seponering (over 4-6 uker) er gunstig
- Valget er avhengig av flere momenter: alderen, psykisk og sosial belastning, om alarm er blitt prøvd, o.l.

MINIRIN eller alarmapparat som førstevalg?

Alarmapparat har bedre resultat på lang sikt og bør, når det er mulig, være førstevalget. Minirin (desmopressin) kan velges først hvis barnets motivasjon ikke er optimal, eller hvis det er vanskelig å få god hjelp hjemme (aleneforeldre, sosiale problemer o.l.) eller hvis tett oppfølging (lege, helsesøster) ikke er mulig. Minirin bør prøves hvis alarmbehandlingen ikke har ført frem.

Imipramin

- Imipramin er mindre effektivt enn de to andre metodene og har store ulemper. Mange barn får residiv etter avsluttet behandling og medikamentet har potensielt alvorlige bivirkninger. Preparatet er ikke lenger godkjent i Norge og anbefales ikke.

Praktisk gjennomføring

Den første kontakten er for diagnosen, informasjon og be om registrering. 3-4 uker senere går man gjennom registreringen. Man kan allerede da velge strategien. Deretter er det viktig med hyppige og korte samtaler (3-4 ukers intervaller) der man sjekker motivasjonen, gir informasjon og positiv feed-back og justerer tiltakene.

Spesielle tilfeller

Behandlingsresistente pasienter: Gå igjen gjennom blærefunksjonen. Evt. Registrer blærevolum, drikkevaner og vannlatingsvaner. Ta pause og slappe av før neste forsøk. Eventuelt bruke bleier igjen. Holde kontakt og prøve alarmapparat igjen etter for eksempel 1 år.

Sekundær enurese: vurdere psykologiske/psykiatriske forhold, vurdere henvisning. Ellers behandle på samme måte.

To grupper pasienter kan behandles med **detrusorrelakserende legemidler:**

- Barn med ustabil blære som ikke lenger væter seg om dagen, men fremdeles ikke er tørre om natten
- og barn med sengevæting som er tørre om dagen, men har hyppig vannlating og/eller plutselige tissetrang
- Det aktuelle medikamentet er tolterodin (Detrusitol 2-4 mg en gang daglig, (godkjent for pasienter over 12 år).

Pasienter som har hatt **blæredysfunksjon** og som har vært symptomfrie på dagtid i flere måneder/1 år, skal behandles på samme måte som pasienter med isolert nattenurese.

Pasienter med lett/moderat hemmet **psykomotorisk utvikling** skal behandles på samme måte. Alarmapparat er hos disse pasientene mindre effektivt.

Pasienter med **obstruktive** mandler eller adenoide vegetasjoner (snorking, søvnapnøer) kan bli tørre etter tonsillektomi.

Hos sengevætere som også har **obstipasjon**, må obstipasjonen behandles først.

Trygdeytelser

- Bleier på blå resept etter paragraf 5.1, fra 8 års alderen. En forutsetning er at tidligere tiltak ikke har ført frem.
- I prinsippet gis ikke lenger grunnstønad for denne diagnosen.

Kodeverket

F98.0 monosymptomatisk nattenurese

Henvisning

Henvisning til spesialist bør være begrenset til sjeldne tilfeller: Når den ovenfor beskrevet utredning er usikker, når godt utførte tiltak ikke har gitt resultat.



Norsk Enureseforum