

# Nyhetsbrev

## om Sängvätning



## Nya riktlinjer för monosymptomatisk nattlig enures

ICCS (International Children's Continence Society) publicerade i februari 2010 uppdaterade rekommendationer för behandling av barn med monosymptomatisk nattlig enures (MNE).<sup>1</sup> Målet är att tillhandahålla kliniskt användbara riktlinjer för ett förbättrat omhändertagande av barn med denna typ av problematik. Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste delarna i ICCSs rapport.

### VAD ÄR VIKTIGT NÄR MAN STÄLLER SIN DIAGNOS?

#### Allmänt

Monosymptomatisk nattlig enures (MNE) kan lämpligen utredas och behandlas initialt av en husläkare, barnläkare, barnurolog, uroeterapeut, enuresköterska eller skolsköterska. Enures hos ett barn från 6–7 års ålder är inte ett trivalt tillstånd och kräver adekvat utredning och behandling. Eftersom enures kan leda till allvarliga psykologiska problem hos det drabbade barnet är behandling inte bara rekommenderad utan obligatorisk!

#### Anamnes

För att fastställa MNE och för att utesluta andra diagnoser är det viktigt med en grundlig anamnes. Frågorna som ställs skall ge läkaren/sköterskan möjlighet att identifiera enures som uppkommit sekundärt på grund av underliggande sjukdomar eller andra tillstånd och att avgöra om barnet behöver ytterligare utvärdering. Kliniskt relevant komorbiditet skall förstås också uteslutas eller behandlas.

Det är centralt att få en tydlig bild över barnets dagliga och nattliga miktionsvanor och att ta reda på hur det dagliga vätskeintaget ser ut. Det kan vara svårt för föräldrar och barn att komma i håg hur mycket och exakt hur ofta barnet kissar. Därför rekommenderas att familjen fyller i ett miktionschema. Detta utgör ett bra underlag att utgå ifrån för vidare frågeställningar. Frågor om barnet har problem med daglig inkontinens och om det upplever svårigh-

heter när det kissar, exempelvis om barnet har svårt att få ut urinen eller om det kissar med svag stråle, är betydelsefulla för att utreda om det kan finnas andra orsaker till enuresen. Barn med de senare typerna av problematik skall genast remitteras till specialist. Barn med kombinerad dag- och nattväta men utan igångsättnings-svårigheter/svag stråle behöver inte genast träffa en specialist.

**Eftersom enures kan leda till allvarliga psykologiska problem hos det drabbade barnet är behandling inte bara rekommenderad utan obligatorisk!**

Misstänker man att barnet är förstoppat eller lider av fekal inkontinens bör detta åtgärdas först. Detta kan annars inverka på barnets möjligheter att bli torrt. Problem med kraftiga snarkningar och/eller nattlig sömnapné kan vara orsak till enures och bör åtgärdas innan man går vidare med annan behandling. Eventuell psykisk sjukdom skall också utredas och vid ett första möte kan detta ske genom att läkaren ställer generella frågor om barnets beteende.

Specifika frågor om sängvätning bör innehålla information kring;

Hur ofta händer det? Har barnet alltid kissat i sängen? Har barnet även nokturi?

För att hitta det fåtal barn som har enures sekundärt till diabetes eller njursjukdom

bör ett par frågor om barnets allmänna hälsa ingå; är barnet mycket törstigt? Behöver barnet dricka på nätterna? Har barnet blivit allmänt tröttare eller gått ner i vikt på sista tiden?

#### Status

Vid renodlad MNE förväntar man sig inte att hitta några större fysiska avvikelser. Däremot är det viktigt med en fysisk undersökning hos de barn som visat anamnestiska tecken på bakomliggande medicinsk sjukdom eller urinvägssmissbildning. Undersök yttre genitalia avseende trång förhud, sipprande urin etc. Vid misstanke om förstoppning är det bra att palpera per rectum, eftersom förekomst 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.

#### Motivation avgör val av behandling

För att få en bra bild av hur motiverat barnet är bör man fråga om hur det själv uppfattar sin situation. Upplevs sängvätningen som ett problem eller inte? Detta är av betydelse dels då motivationen spelar en avgörande roll vid val av behandling, dels då man kanske kan vänta med behandling över huvud taget hos det barn som inte alls störs av sin nattväta. Det är viktigt att ta reda på om man har försökt behandla enuresen tidigare. Fråga vilka behandlingar man då använt och vad resultatet blev.

#### HUR BEHANDLAR MAN MNE?

##### Generella råd

Det är viktigt att informera barn och föräldrar om vad det är som händer i kroppen vid MNE, och att det är ett vanligt tillstånd. Man ska även klargöra för barnet och familjen att

ICCS står för International Children's Continence Society. Organisationen grundmål-sättningar: "To improve the quality of life and the life expectancy for all growing individuals with deficient bladder function, expressed as problems of storage and evacuation of urine. ICCS intends to approach this goal by increasing knowledge in all aspects of this problem area." Läs mer på: [www.i-c-c-s.org](http://www.i-c-c-s.org)



det inte är någons fel eller något att skämmas över. Man ska också betona betydelsen av regelbundet vätskeintag och regelbundna toalettbesök. Generella råd ges till alla patienter oavsett ålder. Finns det tecken på förstoppning ska detta behandlas.

### Aktiv behandling

Till barn som är 6 år eller äldre finns i dagsläget två jämbördiga evidensbaserade förstahandsbehandlingar, alarmmatta och desmopressin.

**Alarmmattan** är relativt billig, biverkingsfri och kan ha en botande effekt. Metoden är dock tidskrävande och för god effekt måste man vara konsekvent och använda mattan varje natt utan undantag. Familjen måste vara motiverad och tålmodig. Någon bör se till så att barnet verkligen vaknar av larmet och går upp och kissar. Märks ingen förbättring efter 2–3 månader bör man testa behandling med desmopressin.

**Desmopressin** är en behandling i form av tablett eller snabbsmältande frystorkad tablett som barnet tar 30 till 60 minuter innan sänggåendet. Effekten kommer snabbt och håller i 7–11 timmar beroende på dosen (högre dos ger längre effektduration). Rekommenderad dos på tablett är 0,2 mg - 0,4 mg och på den frystorkade tablett 120 – 240 µg. Behandlingen är symtomatisk och medför få biverkningar. Det är viktigt att informera föräldrarna om att begränsa barnets vätskeintag till minsta möjliga en timme innan man tar tablett under resten av

natten. Den anti-enuretiska effekten kommer direkt och har man ingen effekt efter 2 veckor bör man avbryta behandlingen. Man kan välja att behandla kontinuerligt, eller att ta desmopressin endast vid enstaka tillfällen, exempelvis om barnet skall sova borta.

### HUR SKA MAN VETA VILKEN METOD MAN SKA BÖRJA MED?

#### ICCS förordar två alternativ vid val av behandling:

- Att man presenterar behandlingarnas för- och nackdelar för familjen och låter dem välja den metod som passar dem bäst.
- Man utgår från barnets nattliga urinmängd och utifrån denna rekommenderar desmopressin till barn med nattlig polyuri och alarmmatta till övriga.

Sammanfattningsvis kan man säga att alarmmattan är bäst lämpad för välmotiverade familjer och att desmopressin passar bäst för barn med nattlig polyuri och för familjer som inte har motivation eller ork för alarmmattan. Man kan alltså göra sitt val av behandling utifrån varje enskilt fall.

### Skifta förstahandsbehandling om barnet inte förbättras

Barn som inte uppvisar någon förbättring av förstahandsbehandlingarna bör utredas vidare av en pediatriker alternativt en barnurolog. Viktigt är då att i första hand ta reda på om den valda förstahandsbehandlingen utförts korrekt. Om så inte är fallet, föreslå korrigeringar.

Om man trots korrigeringar inte uppnår önskat resultat rekommenderas ett byte av behandlingsmetod, dvs från desmopressin till alarmmatta eller vice versa. En kombination av alarmmatta och desmopressin kan också provas. Även om man inte lyckats med alarmmatta förra gången är det befogat att testa igen ungefär vartannat år, då behandlingen sannolikt förr eller senare kommer att fungera.

### I andra hand

Fungerar ingen av förstahandsbehandlingarna kan man i andra hand förskriva antikolinergika, som i regel dock behöver kombineras med desmopressin för att ha en hygglig chans att fungera. Innan detta alternativ ges är det viktigt att förstoppning och residualurin utesluts/behandlats. En evidensbaserad tredjehandsbehandling vid terapiresistent enures är tricykliska antidepressiva, men på grund av biverkningarna och riskerna vid överdosering bör detta endast hanteras av specialister. Andra behandlingar som testats är bland andra akupunktur, uroterapi och särskild diet, men evidensstyrkan för dessa metoder är låg och antalet studier få. De rekommenderas därför inte i nuläget.

#### Referens:

1. Tryggve Neveus, Paul Eggert, Jonathan Evans, Antonio Macedo, Søren Rittig, Serdar Tekgül, Johan Vande Walle, C. K. Yeung and Lane Robson. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol* 2010; 183:441-7. Sammanfattningen är faktagranskad av Tryggve Neveus, förstaförfattare av originalartikeln samt barnläkare och docent vid Njur- och Urinvägsenheten på Akademiska Barnsjukhuset i Uppsala.

**MINRIN: 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 20090821. För ytterligare information och pris, se fass.se**



Ferring Läkemedel AB, Box 4041, 203 11 Malmö, Tel: 040 - 691 69 00, Fax: 040 - 691 69 95, info@ferring.se, www.ferring.se

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

**B**

SVERIGE

PORTO  
BETALT

