

Blåsdysfunktion ofta orsak till terapiresistent sängvätning

Tillståndet bör strykas ur gruppen psykiatriska diagnoser

Sängvätning, ett vanligt problem, förekommer hos cirka vart tionde barn vid skolstart [1]. Såväl föräldrar som sjukvårdsorganisationen betraktar ibland sängvätning som en del i barnets naturliga utveckling, eventuellt också som ett socialt problem, en syn som troligen grundas på det faktum att en spontan utläkning sker med ca 15 procent per år [2]. Nyligen presenterade studier visar emellertid att barn som kissar i sängen både har dålig självkänsla och mår sämre än till och med barn med kroniska sjukdomar som t ex diabetes, men att de förbättras betydligt, till och med normaliseras, med tidig och aktiv hjälp [3]. Dålig självkänsla påverkar bl a barnets skolprestationer, vilket är allvarligt nog.

Standardbehandlingen är enureslarm, i andra hand desmopressin [4-6], eventuellt i kombination. Gruppen »non-responders» är dock tämligen stor, 10–72 procent [6], varför det är angeläget att finna nya behandlingsalternativ. I detta nummer av Läkartidningen tar Bengt Bengtsson och Christer Wassén upp problemet med terapiresistens och föreslår tillägg med antikolinergika till de barn som inte svarar på behandling med desmopressin. Tillägg med antikolinergika är endast ett av flera behandlingsalternativ som idag kan erbjudas vid utebliven behandlingseffekt.

Varför behandlingssvikt?

En förklaring till terapissvikt är sannolikt den multifaktoriella bakgrunden till sängvätning [7]. Lyckligtvis har vi

Författare

SVEN MATTSSON

med dr, överläkare, ledamot av Svenska Enuresakademin, barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping.

E-post: sven.mattsson@lio.se

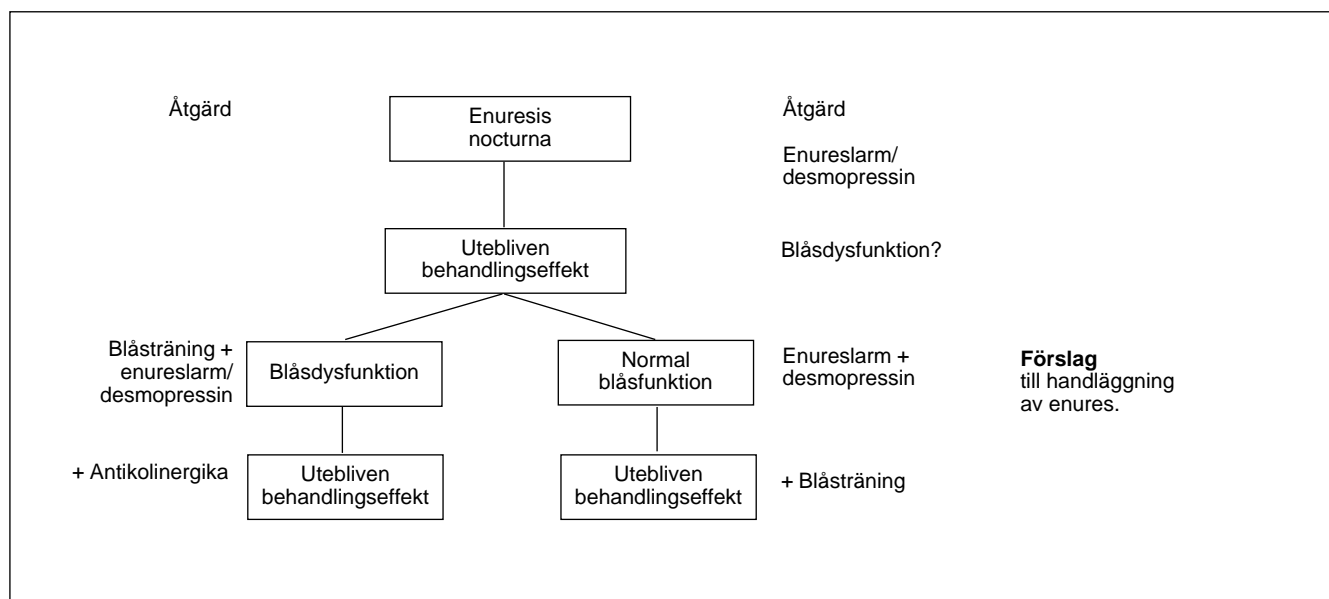
Rädsla för att kissa i sängen kan kasta en nog så skrämmande skugga över ett barns liv. Sängvätande barn har dålig självkänsla och mår sämre än barn med kroniska sjukdomar.

FOTO: FIRST LIGHT/MEGAPIX

Sammanfattat

- Sängvätning hos barn, enuresis nocturna, förekommer i 5–10 procent vid skolstart, dubbelt så ofta hos pojkar som hos flickor och är ärftligt betingat hos cirka två tredjedelar. Sängvätande barn har sämre självförtroende och självkänsla än nattorra jämnåriga barn, men normaliseras efter behandling.
- Avgörande för behandlingsstart är barnets motivation att bli torr. Med standardbehandling, enureslarm eller desmopressin blir 50–70 procent av barnen torra; flera recidiverar dock. Kombinationen enureslarm och desmopressin ökar behandlingseffekten.
- Vid terapiresistens: uteslut blåsdysfunktion. Vid normal blåsfunktion: erbjud blås- och miktionsregim förutom fortsatt standardbehandling. Vid blåsdysfunktion: ge specifikt inriktad blås- och miktionsregim, eventuellt i kombination med antikolinergika.
- Med orsaksrelaterade specifika behandlingsstrategier kan flertalet barn med sängvätning framgångsrikt behandlas. Det finns olika orsaker till sängvätning. Aktuell forskning har påvisat flera fysiologiska mekanismer, vilket borde resultera i att diagnosen enligt ICD-10 stryks ur gruppen barnpsykiatriska diagnoser.

Se artikeln
på sidan 5459
i detta nummer.



lämnat freudianska och barnpsykiatriskt dominerade förklaringsmodeller bakom oss och förklarar idag sängvätningens orsaker i endokrinologiska och neurologiska termer, som t ex brister i samspel mellan nattlig urinproduktion (nattlig polyuri) [8], störd blåsfunktion (liten blåskapacitet [9] och nattlig detrusorinstabilitet) [10] samt rubbningar i väckningsmekanismerna under sömn [11].

Nattlig polyuri kan bidra till uppkomsten av sängvätning men kan inte ensam vara en kausal orsak, då nattlig polyuri förekommer hos 12 procent av natorra skolbarn [12].

Inkorrekt diagnos vanlig

Den vanligaste orsaken till terapiresistens är att diagnosen inte är korrekt, dvs sängvätningen kan vara ett uttryck för blåsdysfunktion med symtom dagtid i form av »urgency», »frequency» eller daginkontinens. Dessa symtom avslöjas oftast först efter det att enureslarm eller desmopressin prövats utan framgång.

Terapivikt vid standardbehandling

skall utredas med avseende på blåsdysfunktion, som idag med framgång kan behandlas med uroterapi, som blås- och miktionsregim, s k »kiss-skola» [13]. Kompletterande behandling med farmaka som desmopressin till natten och/eller antikolinergika (oxybutynin) är ibland nödvändig för ett framgångsrikt resultat.

Fördjupad anamnesupptagning

Fördjupad anamnesupptagning med miktionsobservationslistor och flödesmätning med bestämning av residualurin (med ultraljud) kan avslöja blåsdysfunktion som orsak till sängvätningen. I en studie i Linköping av 66 barn som inte svarat på desmopressin hade 36 (55 procent) tecken på blåsdysfunktion; omkring två tredjedelar av dessa svarade på behandling med uroterapeutiska åtgärder i kombination med enureslarm, desmopressin eller antikolinergika [14].

Kvarstående terapiresistens bör utredas med cystometri och tryckflödesmätning inför ställningstagande till al-

ternativa behandlingsmetoder som t ex elektrisk stimulering, biofeedbackbehandling etc.

Utrednings- och behandlingsgång

Vid primär monosymtomatisk sängvätning räcker utredning med anamnes, enkel somatisk undersökning och kontroll av urinprov medelst »stickor». Primärvården bör svara för det initiala omhändertagandet. Behandling med enureslarm är fortfarande förstahandsalternativet, med största chans till bot med bestående resultat. De tekniska problemen som tidigare präglade enureslarmen är idag i praktiken lösta. Den vanligaste orsaken till terapivikt med enureslarm är fortfarande att barnet inte vaknar. Vid terapivikt, eller om föräldrar och barn inte vill prova enureslarm, föreslås desmopressin.

Om effekt uteblir är nästa åtgärd att utreda med avseende på eventuell blåsdysfunktion. Effekten av uroterapeutiska åtgärder bör utvärderas innan utvidgad farmakologisk behandling sätts in. Antikolinergika i monoterapi har ingen

effekt på primär söngvätning [15], möjligtvis i kombination med desmopressin, som Bengtsson och Wassén föreslår utifrån sin undersökning. Före behandling med antikolinergika är dock utredning med flödesmätning(ar) och residu-alurinbestämning(ar) att rekommendera.

Farmakologiska behandlingsalternativ, som imipramin och andra tricykliska antidepressiva medel som är standardbehandling på många håll i världen, har ingen plats i behandlingen av söngvätning annat än i undantagsfall. Behandlingseffekten är inte övertygande. Även risken för förgiftning (inte minst av syskon) måste beaktas [16]. Vi saknar också kunskaper om medlets neurofarmakologiska effekter på längre sikt på den unga växande individen.

Barnets motivation viktig

Barnets motivation är en viktig faktor för ett lyckat behandlingsresultat. Att sätta en åldersgräns för behandling är därför olämpligt. Viktigare från etisk synpunkt är att ta ställning till huruvida det är medicinskt motiverat att behandla barn i 5-årsåldern med (syntetiska) hormoner och neuroaktiva farmaka för ett i grunden benigt tillstånd, som hos många troligtvis kan ses som en fysiologisk normalvariant med spontan »utläkning».

Under diagnosen primär söngvätning, med det gemensamma symtomet att kissa i sängen, döljs emellertid flera subgrupper med varierande etiologi och olika krav på specifika behandlingsinsatser. Skärpt diagnostik ger en ökad träffsäkerhet i valet av terapi, till gagn för både barn och sjukvårdsresurser.

Intensiv forskning

Det bedrivs intensiv forskning om nattenures över hela världen. Flera fysiologiska mekanismer har påvisats, vilket borde resultera i att diagnosen enligt ICD-10 stryks ur gruppen barnpsykiatriska diagnoser.

Den behandling som idag är stan-

dard hjälper ungefär två tredjedelar av de drabbade barnen. Den resterande tredjedelen var en av orsakerna till att Svenska Enuresakademien (SEA) bildades 1993, vars huvuduppgift är att vid sidan om information om enures till allmänheten och professionella grupper stimulera forskningen inom området. SEA utger inom kort en bok under redaktörsskap av Tryggve Nevéus [17], en utmärkt uppdatering av vad vi vet idag.

Referenser

1. Mattsson S. Urinary incontinence and nocturia in healthy schoolchildren. *Acta Paediatr Scand* 1994; 83: 950-4.
2. Forsythe W, Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate. *Arch Dis Child* 1974; 49: 259-63.
3. 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 suppl* 1997; 183: 79-82.
4. Wille S, Hjälmås K, red. Söngvätning och annan urininkontinens hos barn. Studentlitteratur, art nr 4990, 1997 (ISBN 1-44-49901-9).
5. Primär nattenures. Diagnostik och behandling. Svenska Enuresakademins skriftserie nr 2. SEA 97-11-01.
6. Läckgren G, Hjälmås K, van Gool J, von Gontard A, de Gennaro M, Lottman H et al. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. Committee report. *Acta Paediatr* 1999; 88: 679-90.
7. Butler RJ. Nocturnal enuresis: the child's experience. Oxford: Butterworth Heinemann, 1994.
8. Nörgaard JP, Pedersen EB, Djurhuus JC. Diurnal antidiuretic hormone levels in enuretics. *J Urol* 1985; 134: 1029-31.
9. Linderholm EB. The cystometric findings in enuresis. *J Urol* 1966; 96: 718-22.
10. Watanabe H, Azuma Y. A proposal for a classification system of enuresis based on overnight simultaneous monitoring of electroencephalography and cystometry. *Sleep* 1989; 12: 257-64.
11. Wille S. Nocturnal enuresis: sleep disturbance and behavioural patterns. *Acta Paediatr* 1994; 83: 772-4.
12. Mattsson S, Lindström S. Diuresis and voiding pattern in healthy school children. *Br J Urol* 1995; 76: 783-9.
13. Kruse S, Hellström AL, Hjälmås K. Day-

time bladder dysfunction in therapy-resistant nocturnal enuresis. A pilot study in urotherapy. *Scand J Urol Nephrol* 1999; 33(1):49-52.

14. Mattsson S, Gladh G. Intractable monosymptomatic enuresis nocturna. Abstracts ICCS Paris, June 1997.
15. Thompson IM, Lauvetz R. Oxubutynin in bladder spasm, neurogenic bladder and enuresis. *Health Visitor* 1976; 8: 452-4.
16. Cronin AJ, Khalil R, Little TM. Poisoning with tricyclic antidepressants: an avoidable cause of childhood death. *BMJ* 1979; 1: 722.
17. Nevéus T, Läckgren G, Tuvemo T, Hetta J, Stenberg A. Enuresis. Background and treatment. Svenska Enuresakademien, SEA. *Scand J Urol Nephrol*. Under publ.