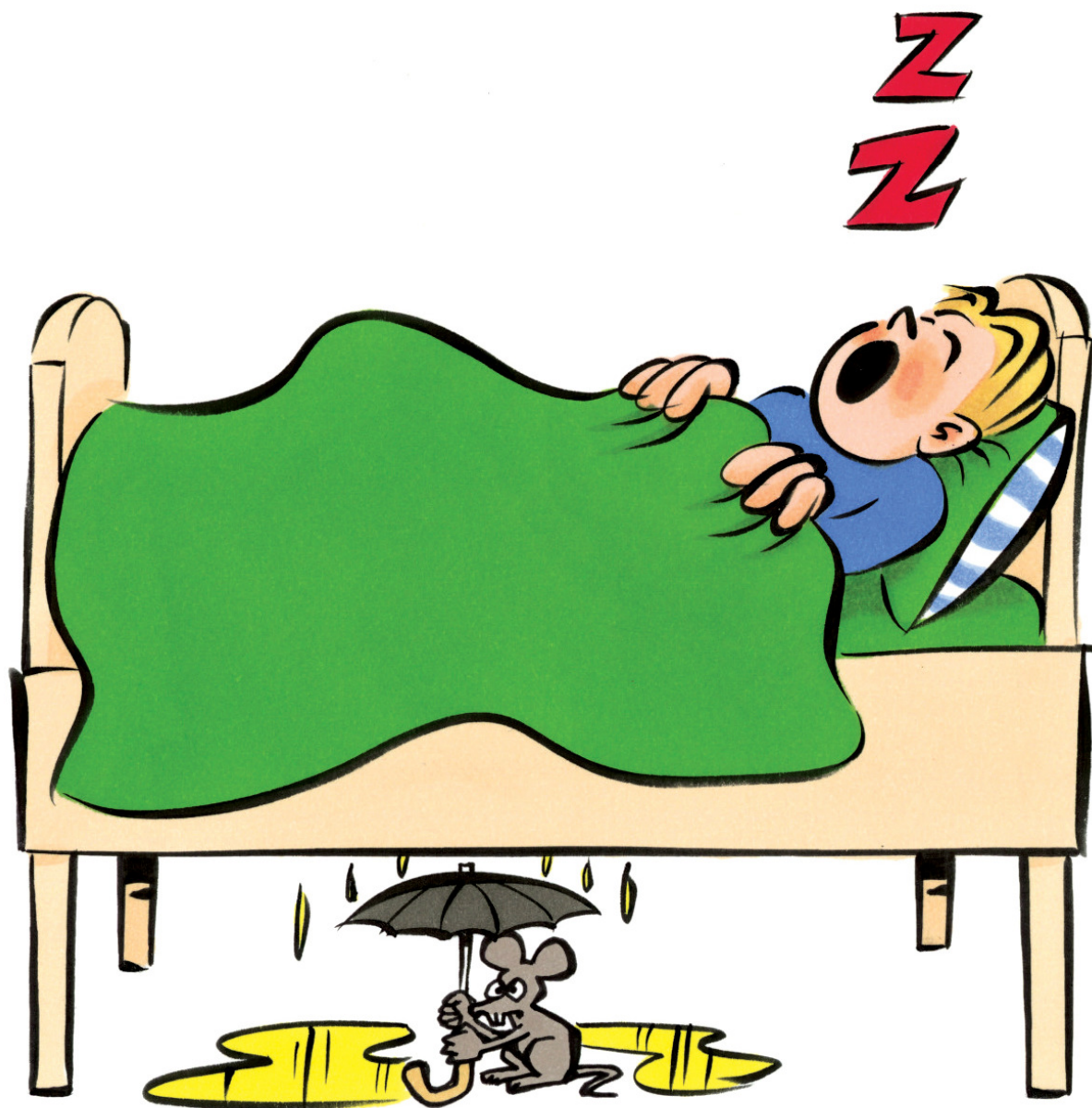


Behandling av nattvæting/enuresis nocturna med alarm



2009



ADL PRODUKTER AS

Telefon: 64 98 50 20
Faks: 64 98 50 21
E-post: salg@adl.no
Web: www.adl.no
F.nr.: NO 957 722 733 MVA

Kontoradresse:
Bruerveien 36
Postadresse:
Postboks 33
1550 HØLEN

Utleie av enuresealarmer for behandling av nattvæting hos barn og unge.

Sengevæting, nattevæing, enuresis nocturna

Uansett hva man kaller det, så er sengevæting et vanlig problem. Man regner med at så mange som hver femte 6 åring tisser i sengen. Hva det skyldes har man ikke noe klart svar på. De fleste blir tørre før de når tenårene, men noen ganske få fortsetter langt inn i voksen alder.

For noen vil det hjelpe med nesenspray eller tabletter, men man får ofte problemet tilbake når man slutter med medisinen. Alarmbehandling er et effektivt alternativ, og man får som regel et varig resultat.

Tidligere kunne man få låne alarmapparat på helsestasjonen. Det er ikke alltid tilfelle lenger.

Vi har derfor valgt å leie ut alarmer direkte til foresatte. Men vi anbefaler at helsestasjonen har oppfølging av barnet og behandlingen.

Vi har satt sammen denne mappen for å samle litt gode råd og noe litteratur om emnet Enuresis Nocturna.

Sengealarm med plastmatte

Alarmer består av to deler. Sengealarm, SM1. og Plastmatte, SM3.

Se bruksanvisning for ytterligere informasjon.

Helsestasjonen kan kjøpe alarmer, eller henvise foreldre til oss for leie av alarm.

Denne alarmer leies ut for en periode på 12 uker, inklusive kjøp av sensormatte, for kr. 1500,- inkl. mva. og frakt.

Sengealarmen er den som har vært på markedet lengst. Det er den vi hovedsakelig anbefaler de yngste barna. Alarmer er enkel i bruk.



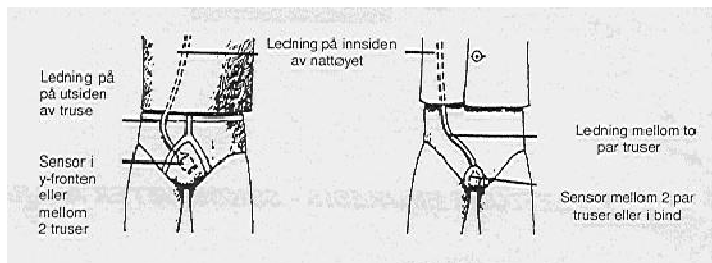
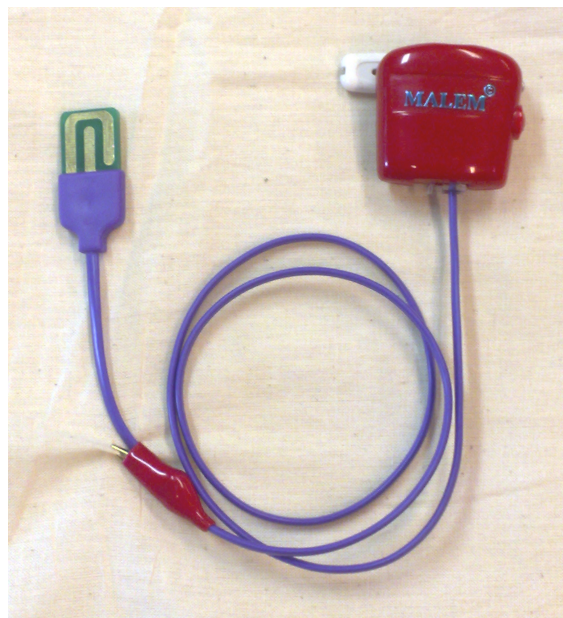
Trusealarm MALEM MA

Alarmer består av to deler, alarm og sensor, men leveres komplett. Se bruksanvisning for ytterligere informasjon.

Helsestasjonen kan kjøpe alarmer, eller henvise foreldre til oss for leie av alarm. Denne alarmer leies ut for en periode på 12 uker, inklusive kjøp av sensor, for kr. 1500,- inkl. mva. og frakt.

Denne alarmer anbefaler vi vanligvis fra 8-9 års alder.

Den er noe mer komplisert i bruk fordi den ikke har en av og på knapp, kun en "reset" knapp.



Alarmbehandling.

Vi leier ut alarmer direkte til brukere og selger alarmer til behandlere. Prisene har i de senere år gått opp betraktelig, men alarmbehandling er fortsatt et gunstig alternativ. Tall fra Ferraris Medical i England sier at mer enn 90 % av barna blir tørre ved bruk av alarm. Våre egne tall tilsier nærmere 80%.

Vi har to typer alarmer, sengealarm med matte (SM1) og den bærbare trusealarmen (MA). Valg av riktig alarm er viktig. Før vi går videre er det greit å kunne litt om apparatene. Her er et utdrag av bruksanvisningene som følger med alarmene.

Utdrag fra bruksanvisning for Sengealarm SM1

Barnet bør være fortrolig med alarmen og lyden før apparatet taes i bruk. Slå på apparatet og hold trykknappene mot hverandre til du får en alarm.

Alarmen kobles med trykknapper til matten. Alarmapparatet settes på nattbordet eller et stykke fra sengen. Bryteren stilles på ON.

La barnet spise og drikke som vanlig.

Når alarmen ringer skal barnet stå opp, stenge av alarmen og gå på toalettet. Det er viktig at barnet blir skikkelig våken, først da kan innlæring bli effektiv. Tungtsovende barn må vekkes. Barnet skal selv fylle ut oppfølgingsskjemaet. Fremhev det positive med fargestifter eller klistremerker. Dette er med på å bevisstgjøre barnet.

Utdrag fra bruksanvisning for Trusealarm MALEM MA

Alarmen festes til nattøyet ved kragebenet, ved hjelp av sikkerhetsnålen på baksiden av alarmen. Legg ledningen på innsiden av t-skjorta, slik at ledningen ikke blir dratt i når barnet snur seg om natten. Føleren legges mellom to truser.

Før man begynner med alarmbehandling bør barnet være utredet hos lege.

Filosofien bak alarmbehandling dreier seg om signalforsterkning. Alarmen i seg selv gjør ikke noe underverk, men det er det at barnet blir vekket når det er i ferd med å tisse, som gir en signalforsterkning. Hjernen må lære seg å kjenne igjen de signalene som blæren sender når denne trenger å tømme seg, på en slik måte at barnet våkner selv om det er i den dypeste søvndalen. De fleste som sliter med sengevæting sover veldig tungt. Det kan derfor være en hjelp i at en av de foresatte legger seg inn til barnet og hjelper det å komme i gang med behandlingen. Vår erfaring er at barnet da blir bevisst situasjonen og våkner av alarmen selv. Ettersom det dreier seg om gjentatte oppvåkninger er det viktig at barnet drikker normalt. Vi anbefaler derfor ikke at man kombinerer alarmbehandling med antidiuretiske hormoner (nesespray eller tabletter). Barnet må faktisk tisse for å bli tørt. Væskerestreksjoner vil også øke urinkonsentrasjonen, noe som sliter ut sensoren på alarmen.

Det er viktig med aktiv deltagelse fra barnet. Det er ikke barnets skyld at det tisser i sengen om natten. Deltagelsen er ikke en straff, men en oppgave barnet har. Dette kan være å gå ut på badet med det våte sengetøyet eller å re opp sengen selv. Dette vil i sin tur føre til en mestringsfølelse som virker motiverende på barnet. Dersom barnet er en passiv deltager i behandlingen, er sjansen for at barnet blir tørt mindre, og det vil ta lengre tid.

Når man skal velge alarm til et barn er det noen viktige faktorer som spiller inn. Er barnet motivert for alarmbehandling, er barnet modent nok til å takle alarmen, svetter barnet mye om natten, sover barnet med dyna mellom bena eller oppå dyna, sover barnet veldig urolig, ligger barnet i sin egen seng, bruker barnet fortsatt bleier ?

Vi anbefaler i utgangspunktet sengealarm med matte (SM1) til de minste barna 6-8 år. Dersom du kjenner igjen ditt barn i noen av punktene under bør du likevel bruke Trusealarm MALEM MA.

- svetter mye om natten.
- sover med dyna mellom bena
- sover oppå dyna.
- sover veldig urolig.
- sover ikke i sin egen seng.

Barn over 9 år kan velge Trusealarm MALEM MA uten at det skulle være noe problem.

En typisk behandling varer i 12 uker, men dette er individuelt.

Alarmen bør brukes til man har oppnådd 3 uker med sammenhengende tørre netter.

Det er viktig at man overfor barnet understreker at man fortsatt er under behandling i denne perioden.

Vi anbefaler at oppfølging skjer ukentlig med helsesøster eller lege. Vær forsiktig med premiering. Dersom man lover barnet noe stort vil det oppleves som en straff for barnet dersom det ikke blir tørt og dermed ikke får premien. I den grad man premierer bør det være for å opprettholde barnets motivasjon og i liten målestokk, som å gjøre noe sammen, spise pizza på lørdag eller gå på kino. Ros er viktig for motivasjonen.

Når skal du ikke velge alarmbehandling ?

Dersom barnet selv ikke er motivert for å bli tørr.

Dersom mor eller far ikke vil at barnet skal slutte med bleier, for det blir så mye vask av det.

Prisliste ved kjøp av Enuresealarmer

Vi vil informere om våre priser til helsestasjoner og bandagister, på forespørsel.

Vi selger ikke alarmene direkte til privatpersoner. Vi leier ut alarmene for en 12 ukers periode direkte til bruker.

Sengealarm med plastmatte

SM1 Sengealarm

SM3 Plastmatte

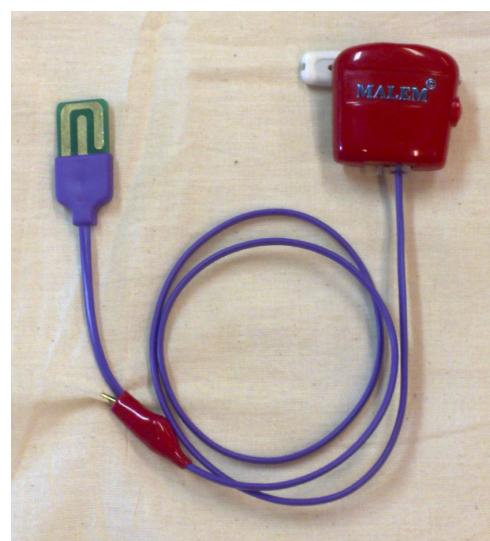
Trusealarm MALEM MA

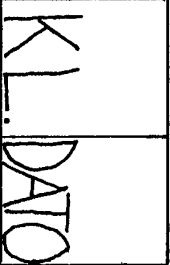
MA Trusealarm

Ekstra sensor til Trusealarm MALEM MA

MASS Standard sensor

MAEC Easy Clip , klypesensor





KOMMENTARER	KL.	DATO
-------------	-----	------

KL: DATO

DATO

SÖNDAG

BRUKSANVISNING FOR SENGEALARM OG MATTE

1. Barnet bør være fortrolig med alarmen og lyden før apparatet taes i bruk. Slå på apparatet og hold trykknappene mot hverandre til du får en alarm.
2. Legg et vanntett underlag på madrassen. Madrassen bør ikke være for myk. Re sengen som vanlig og legg plastmatten oppå lakenet. Legg deretter et badehåndkle over matten og rundt madrassen, slik at matten ligger i ro og for å unngå at alarmen utløses pga. svette.
3. Alarmen kobles med trykknapper til matten. Alarmapparatet settes på nattbordet eller et stykke fra sengen. Bryteren stilles på ON.
4. La barnet spise og drikke som vanlig. Barnet kan sove med t-skjorte eller overdel, men uten bukse eller bleie. Dette for å utløse alarmen uten forsinkelser.
5. Når alarmen ringer skal barnet stå opp, stenge av alarmen og gå på toalettet. Det er viktig at barnet blir skikkelig våken, først da kan innlæring bli effektiv. Tungtsovende barn må vekkes.
6. Det skiftes på sengen, matten tørkes av med ren fuktig klut, og apparatet kobles til igjen.
7. Barnet skal selv fylle ut oppfølgingsskjemaet. Fremhev det positive med fargestifter eller klistremerker. Dette er med på å bevisstgjøre barnet.
8. Man bør bruke alarmen til man har oppnådd minst 3 uker med sammenhengende tørre netter.
Det er viktig at man overfor barnet understreker at man fortsatt er under behandling i denne perioden.

GENERELT

Alarmen er utviklet for behandling av sengevæting. Den består av en alarmenhet som via en ledning knyttes til en føler. Det skal kun få dråper urin til for å aktivere alarmen. Barnet vekkes, går på toalettet og tømmer blæren. På denne måten lærer barnet å kjenne igjen signalene som hjernen mottar når blæren trengs å tømmes. Barnet bør selv være aktivt med på behandlingen. Dvs. skifte på sengen, ta på tørre truser, fylle ut oppfølgingsskjema osv. Vi anbefaler at helsesøster kontaktes og at oppfølging skjer ukentlig. Vær oppmerksom på at matten har en begrenset levetid. Avhengig av renhold og urinkonsentrasjon bør en matte normalt vare ut én behandlingsperiode. Levetiden blir forkortet hvis urin får ligge og etse på metallet på matten. En typisk behandling varer i 12 uker, men dette er individuelt. Alarmen bør brukes til man har oppnådd 3 uker med sammenhengende tørre netter. Det er viktig at barnet selv er motivert for behandling.

FEILSØKING

Sett alarmen på ON. Ved å holde trykknappene mot hverandre skal man få en alarm.

Hvis det ikke gir fra seg lyd kan det skyldes at batteriet er oppbrukt. Hjelper det ikke å bytte batteri, bør apparatet sendes inn for ettersyn.

”Falske alarmer” forårsakes vanligvis av svette. Legg et badehåndkle over matten og rundt madrassen. Bretter på matten kan også gi falske alarmer. Pass på at matten ligger flatt.

For å teste matten kobles matten til alarmen og apparatet slås på. Matten foldes forsiktig sammen (ikke brett) slik at man oppnår en kortslutning. Dersom apparatet gir lyd uten matte, men ikke med kan dette skyldes brudd i metallbelegget på matten. Matten er da utslitt.

Trusealarm MALEM MA

Alarmen er utviklet for behandling av sengevæting. Den består av en alarmerhet som via en ledning knyttes til en føler. Det skal kun få dråper urin til for å aktivere alarmen. Barnet vekkes, går på toalettet og tømmer blæren. På denne måten lærer barnet å kjenne igjen signalene som hjernen mottar når blæren trengs å tømmes. Barnet bør selv være aktivt med på behandlingen. Dvs. skifte på sengen, ta på tørre truser, fylle ut oppfølgingsskjema osv.

En typisk behandling varer i 12 uker, men dette er individuelt. Alarmen bør brukes til man har oppnådd 3-4 uker med sammenhengende tørre netter.

Bruk av Trusealarm MALEM MA

Det er viktig at barnet er motivert for behandlingen. La barnet bli trygg på lyden som alarmen gir fra seg, dvs. få alarmen til å pipe noen ganger, før behandlingen begynner. For å utløse alarmen; ta litt spytt på fingeren og klem på føleren. Alarmen vil nå pipe. For å stoppe alarmen; trykk inn knappen på siden av alarmen. Er føleren fortsatt våt vil den ikke slutte å pipe. Tørk av føleren, og klem inn knappen på nytt. Det er ikke nødvendig å ta føleren ut av alarmen. Føleren er en slitedel som er beregnet for én behandling. Rengjøring og urinkonsentrasjon vil påvirke levetiden til føleren. Barnet må sove med t-skjorte og 2 truser. Alarmen festes til nattøyet ved kragebenet, ved hjelp av sikkerhetsnålen på baksiden av alarmen. Legg ledningen på innsiden av t-skjorta, slik at ledningen ikke blir dratt i når barnet snur seg om natten. Føleren legges mellom to truser. Hos jenter legges føleren i skrittet på trusen, hos gutter legges føleren foran på trusen. Det anbefales at trusene sitter litt stramt. Sensoren er også utstyrt med en klemme som kan festes til trusen.

Generelt til foreldre:

Sov i nærheten av barnet så du også hører alarmen. Vekk barnet hurtigst mulig, hvis det ikke selv våkner, og hjelp barnet ut på toalettet.

Våkner ikke barnet selv av alarmen, anbefaler vi at En voksen sover i samme rom som barnet, og vekker barnet med en gang alarmen går. Etter hvert vil barnet våkne selv, man får spredte tørre netter, hvor de våkner fordi de skal tisse, eller holder seg tørre natten i gjennom.

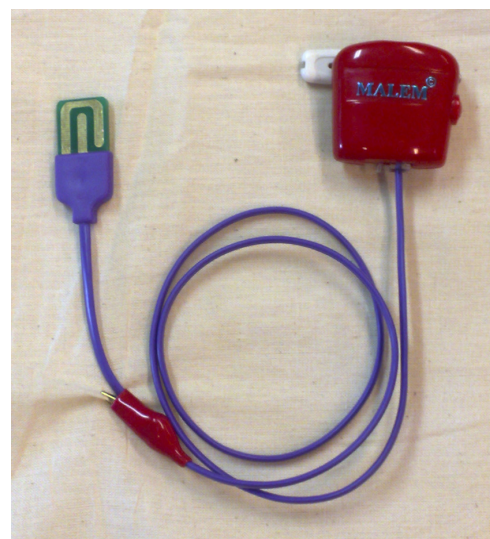
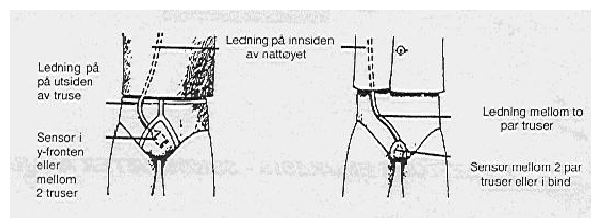
Man bør bruke alarmen til man har oppnådd minst 3 uker med sammenhengende tørre netter. Det er viktig at man overfor barnet understreker at man fortsatt er under behandling i denne perioden.

Rengjøring :

Det er viktig å vaske føleren regelmessig. Føleren kan rengjøres med Zalo eller teknisk sprit. Ikke kremsåper.

Skifting av batterier.

Apparatet bruker 3 stk. LR44 batterier. Batterienes levetid vil variere med antall alarmer pr. natt og pipingens varighet. Nye batterier kan bestilles på salg@adl.no



Her følger 3 artikler om sengevæting som gir mye informasjon om emnet. Se også side 18 og 20.

Artikkelen er hentet fra: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=242055

Enuresis nocturna - praktiske råd for utredning og behandling

[Jan Holt](#) [Hans-Jacob Bangstad](#) [Damien Brackman](#) [John M. Dahl](#) [Ingebjørg Fagerli](#) [Sigvald Refsum](#)

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 59-62 utga

Barn med enuresis nocturna (sengevæting) får et bedre selvbilde når de blir tørre. De bør primært undersøkes av allmennpraktiserende lege for å utelukke spesifikk årsak til plagene. I valg av behandling vektlegges barnets motivasjon og alder, grad av nattlig polyuri og blærekapasitet, mulighet for utlån av alarmapparat og oppfølging.

Behandling med alarmapparat og minimumsstandard for denne behandlingen omtales. Desmopressin til korttidsbehandling og til behandling i perioder på tre måneder anbefales til dem som responderer på dette midlet.

Dersom organiske årsaker mistenkes eller påvises, barnet har inkontinens på dagtid eller et strukturert behandlingsopplegg med alarmapparat eller desmopressin ikke fører frem, bør barnet henvises til pediater eller barneavdeling. Barneavdelingene bør bygge opp kompetanse på dette området i samarbeid med andre spesialister og uroterapeuter.

I løpet av de siste 15 år er det publisert flere arbeider og oversiktsartikler om sengevæting (1 - 4). Dette har gitt økt kunnskap om årsaksmekanismer og behandling.

Mange foreldre til barn med enuresis nocturna (sengevæting) ble selv sent tørre. De vet at tilstanden er godartet, og noen bagatelliserer barnets plager og behov for behandling. Andre foreldre ønsker rask og effektiv behandling. Mange foreldre ønsker at barna skal være tørre ved skolestart. I dag starter seksåringer på skole, og flere kommer derfor med ønske om tidligere behandling.

Årsaksmekanismene er ikke endelig klarlagt. Det kan være flere sannsynlige årsaker og individuelle forskjeller hos disse barna, og dette bør det tas hensyn til i utredning og behandling. Behandlingen bør derfor være skreddersydd for det enkelte barn.

Organisering av diagnostikk og behandling for barn med enuresis nocturna varierer fra sted til sted. Internasjonalt er det utarbeidet retningslinjer for behandlingsopplegg (5, 6) og standard for god praksis (7). Norsk Enurese Forum ble etablert i 1996 som et landsomfattende faglig forum for barneleger og barnekirurger med spesiell interesse for barn og ungdom med enuresis nocturna og inkontinens. En av de viktigste oppgavene har vært å fremme forslag til et bedre og mer strukturert opplegg for undersøkelse og behandling av disse barna.

Denne oversikten, med forslag til undersøkelse og behandling, er utarbeidet for dem i helsevesenet som møter barn med sengevæting: leger i primærhelsetjenesten, helsesøstre, uroterapeuter, barneleger og andre spesialister.

Definisjon og forekomst

Enuresis nocturna kan defineres slik (8): Minst to ufrivillige vannlatinger under søvn/måned for femåringer eller minst én slik hendelse per måned for seksåringer og eldre barn. Tidligere studier har vist forskjeller i forekomst av denne tilstanden, mye betinget i ulik definisjon (krav til antall våte netter). Det er nå vanlig å anta at ca. 20 % av femåringene tisser i sengen minst én gang per måned og at ca. 10 % av seksåringene har slike plager (1). For barn over 11 år angis en forekomst på 2 - 3 %, og i voksen alder finnes tilstanden hos ca. 0,5 %. Gutter er oftere sengevætere enn piker. Ca. 15 % av barn med enuresis nocturna blir spontant tørre per år.

Sengevæting hos barn som aldri har vært tørre over tid, kalles primær enurese, mens barn som får plager etter å ha vært tørre i minste et halvt år, har sekundær enurese. Sengevæting som eneste symptom benevnes monosymptomatisk enuresis nocturna.

Etologi og årsaksmekanismer

I første leveår tømmer blæren seg hyppig med relativt små volumer. Senere øker blærevolumet, barnet merker signaler fra en full blære og får kontroll over miksjonen, oftest fra 3 - 4 års alder. Sjuåringer tisser vanligvis mindre enn sju ganger daglig.

Barn med enuresis nocturna har oftest et normalt miksjonsmønster på dagtid. Noen har imidlertid hyppig vannlating på dagtid og noen ganger intens vannlatingstrang. Noen ganger tisser barnet på seg om natten fordi urinvolumet er for stort i forhold til et normalt blærevolum, andre ganger som følge av at blærekapasiteten er for liten. I disse situasjonene sender en full blære signaler til hjernen, noe som normalt vekker barnet. Barn med enuresis nocturna våkner ikke i slike situasjoner, og dette er karakteristisk for tilstanden (9).

Økt forekomst av enuresis nocturna er påvist i enkelte familier. I en undersøkelse (10) hadde 77 % av barna enuresis nocturna dersom begge foreldre hadde vært sengevætere. Dersom bare én av foreldrene hadde vært sengevæter, fikk 44 % av barna slike plager, mot 15 % dersom ingen av foreldrene hadde vært plaget.

Tidligere søvnstudier viste at sengevæting forekom i forskjellige søvnstadier. To forskjellige typer EEG-mønster under søvn angis å være karakteristisk for barn med enuresis nocturna: En reaktiv type, hvor EEG forandres til et mer overfladisk søvnmønster like før miksjonen skjer, og en ikke-reaktiv type (11). Tolkning av EEG-registreringer under søvn hos barn med enuresis nocturna er omdiskutert og har i dag ingen plass i utredningen. Nyere studier bekrefter imidlertid det mange foreldrene har fortalt, at barn med enuresis nocturna sover tyngre enn andre (12) og er vanskeligere å vekke (13).

Nattlig polyuri som følge av for lav sekresjon av antidiuretisk hormon (ADH) er vist hos pasienter med enuresis nocturna (14). Men ikke alle barn med enuresis nocturna har nedsatt nattlig sekresjon av ADH. Nattmålinger av ADH er komplisert og derfor ikke indisert hos barn med enuresis nocturna.

Det volum blæren kan holde på før trang til miksjon oppstår, benevnes funksjonell blærekapasitet. Funksjonell blærekapasitet øker med ca. 30 ml/år, og blærekapasiteten varierer noe fra barn til barn. Man har antatt at barn med monosymptomatisk enuresis nocturna har normal blærekapasitet. Nyere undersøkelser kan imidlertid tyde på at en del barn

med enuresis nocturna uten dagsymptomer har redusert blærekapasitet (15). Dette kan åpne for nye alternativer i behandlingen av de barna som ikke responderer på konvensjonell behandling.

Psykiske faktorer antas ikke å være årsak til sengevæting (1, 16). Ca. to tredeler av foreldrene til barn med enuresis nocturna oppfatter tilstanden som svært belastende, og i noen tilfeller straffer foreldrene barna (17).

For praktiske formål kan årsaksmekanismene betraktes som tredelt:

- Nattlig urinivolum blir for stort i forhold til barnets blærekapasitet.
- Blærekapasiteten er for liten i forhold til et "normalt" urinivolum.
- Barnet har manglende evne til å våkne.

Utredning



Figur 1 Det er ikke uvanlig at små barn tisser i sengen. Tilbud om behandling bør kunne gis når barnet er motivert for dette - oftest fra seks års alder

Barn i Norge kontrolleres på helsestasjonene til de er fire år og møter skolehelsetjenesten fra seksårsalderen. På fireårskontrollene bør man spørre om barnet har vannlatingsplager og gi råd og tilbud om senere oppfølging om nødvendig. Før eller senere - vanligvis fra seks års alder - ønsker barnet å få hjelp for sine plager. Helsevesenet bør da være forberedt på å gi disse barna hjelp.

Det er utarbeidet et anamneseskjema som foreldre og barn kan fylle ut før konsultasjon hos lege. Legen tar utgangspunkt i dette og supplerer med tilleggsspørsmål for bedre å få frem barnets plager og tidligere gjennomført behandling. Under konsultasjonen må legen avklare flere forhold:

- Motivasjon: Ønsker foreldrene "bare å få løst problemet" straks, eller er barn og foreldre motivert for behandling og innforstått med at dette kan ta tid?
- Tanker om enuresis nocturna: Det er ganske vanlig at barn med enuresis nocturna er tørre når de overnatter andre steder. Noen foreldre slutter av dette at barna "kan være tørre når de vil" og aksepterer i varierende grad det merarbeid som følger av å ha et barn med enuresis nocturna. Slike holdninger medfører forskjellig syn på behov for behandling og bør diskuteres.
- Somatisk undersøkelse: Legen skal utelukke organiske årsaker (urinveisinfeksjon, polyuri, misdannelser, affeksjon av nerverøtter) som trenger videre utredning. Noen barn med enuresis nocturna har treg mage med

spor av avføring i trusen (18). Obstipasjon bør behandles før man starter behandling av enuresis nocturna. Det er ikke nødvendig rutinemessig å måle blodtrykk. Urinprøve undersøkes. Rektal eksplorasjon utføres bare hvis barnet er obstipert eller utvidet nevrologisk utredning er indisert. Osmolalitet i urin måles ved mistanke om diabetes insipidus. Andre undersøkelser (blodprøver, røntgen-, ultralyd-, scintigrafi-, EEG-undersøkelser eller urodynamiske undersøkelser) utføres bare på spesiell indikasjon.

- Miksjonsliste: Ved mistanke om liten blærekapasitet kan barnet måle urinvolum ved hver miksjon på dagtid i to dager. En slik miksjonsliste vil vise antall miksjoner og største urinvolum. Funksjonell blærekapasitet kan måles ved at barnet drikker 20 - 30 ml vann/kg kroppsvekt. Barnet skal vente med å late vannet til betydelig trang oppstår. Den påfølgende miksjon måles. Forventet funksjonell blærekapasitet (ml) = 30 + (30 alder i år).
- Samtale med barnet: Legen må ha tid, og barnet må føle at det blir tatt på alvor. Dersom det fremkommer opplysninger om mobbing, atferdsavvik eller psykiske følger av enuresis nocturna, bør spesielle hjelpetiltak vurderes tatt opp med skolen.

- Fakta: Det må informeres kort om arvelige faktorer, søvn og oppvåkning og om tilstandens hyppighet og godartede forløp. En gjennomgang av nyrer og urinveier med illustrasjoner eller figurer er nyttig. Barns begrep om indre organer i kroppen er lite utviklet. Det er spesielt nyttig å vise hvor urinen produseres og hvordan urinblæren fyller og tømmer seg. En forsikring om at barnet ikke med vilje tisser på seg - "du kan ikke noe for det" - og at enuresis nocturna ikke har dypereleggende psykiske årsaker, hører absolutt med.

Dersom undersøkelse hos primærlege avdekker eller gir mistanke om underliggende organiske årsaker til barnets plager med behov for videre utredning, bør barnet henvises til pediater eller barneavdeling. Barnet bør også henvises dersom han/hun har urininkontinens om dagen eller det skisserte behandlingsopplegg ikke fører frem. Barneavdelingene bør opparbeide kompetanse på dette området i samarbeid med andre spesialister og uroterapeuter. Henvisning til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk er aktuelt dersom barnet har psykiske problemer.

Generelle tiltak

- Praktiske råd om tiltak for å forhindre at urin kommer ned i madrassen.
- Bruk av bleier om natten frarådes, da dette vedlikeholder plagene.
- Vekking kan redusere klesvask, men medfører ikke at barnet blir tidligere varig tørr. Vekking bør bare iverksettes dersom barnet selv ønsker dette. For noen barn "går det galt" sent på natten. Bruk av vekkerklokke kan hjelpe disse.
- Væskerestriksjon for dem som drikker mye på kveldstid, kan gi mindre urinvolum om natten. Dette har ingen betydning for hvor fort de blir tørre.
- Dagbokregistrering av våte/tørre netter anbefales i 2 - 4 uker før behandling, under behandling og i oppfølgingsperioden. I dagboken bør det være plass for kommentarer som f.eks. om han/hun våknet og gikk på toalettet selv eller glemte å ta medisin. Dagboken bør være slik satt opp at ett ark omfatter en ukes registrering. Dette gjør opptelling og evaluering lettere.
- Noen legger vekt på at barnet selv skal skifte og fjerne vått sengetøy. For større barn kan dette være oppdragende, men for yngre vil disse tiltakene kunne oppfattes som straff.
- Oppmuntring og belønning virker bedre enn kritikk og straff. Dersom barnet belønnes for tørre netter, bør et system for dette være diskutert og avtalt på forhånd mellom barn og foreldre. Belønningspoeng kan gis f.eks. når barnet har vært tørt, når den våte flekken er blitt mindre eller når barnet selv har våknet og gått på do. Opptjente belønningspoeng kan innløses i aktiviteter han/hun sjelden får lov til, som f.eks. kinobesøk (ev. sammen med venn/venninne).

Informert behandlingsvalg

I en undersøkelse blant skolebarn i Bodø i 1983 (19) fikk bare seks av 121 barn med sengevæting behandling med alarmapparat eller medikamenter. Det er fortsatt grunn til å anta at noen barn med enuresis nocturna ikke får behandling.

I de senere år er man blitt klar over at enuresis nocturna kan ha uheldige følger for barnet, og flere har vist at vellykket behandling gir barnet mer selvtillit og et bedre selvbylde (16, 20, 21). Legen bør derfor tilrå at barnet får behandling. Valg av opplegg vil avhenge av:

- Barnets alder: Barnet må være motivert og forstå hva behandlingen går ut på. Fra seks års alder bør aktiv behandling kunne tilbys.
 - Tidligere behandlingsforsøk: Noen ganger har tidligere behandling vært effektiv en periode og kan da forsøkes på nytt. Andre ganger nytter det ikke å foreslå samme behandling en gang til.
 - Antakelse om at enuresis nocturna i hovedsak skyldes nattlig polyuri eller liten blærekapasitet.
 - Tilbud om utlån av alarmapparat.
- Oppfølging: Mulighet for oppfølging av legen selv eller andre, f.eks. helsesøster.

Etter undersøkelse, informasjon og råd fra legen legges en plan for behandling som forplikter både barn, foreldre og behandler.

Alarmapparat

Det finnes to hovedtyper alarmapparat - stasjonære eller bærbare. For noen typer kan lydstyrke og toneart reguleres. En type vekker barnet ved hjelp av vibrasjon - dermed unngår man at hele familien våkner. Bærbare alarmer er mer sensitive enn de stasjonære og reagerer på små mengder urin, slik at alarmen går før blæren har tømt seg helt. Behandling med alarmapparat har vært gitt ned til 5 - 6 års alder. I nyere retningslinjer (5) anbefales ikke slik behandling før barnet er åtte år, med mindre barnet selv er svært motivert og villig til å bli "trent".

Hvordan alarmbehandling virker, er fortsatt ikke endelig klarlagt. Betinget læring, økt blærekapasitet, økt produksjon av antidiuretisk hormon eller økt forventning som følge av behandling nevnes som mulige forklaringer (6). Barn med enuresis nocturna og liten blærekapasitet vil trolig profitte mest på slik behandling (22).

Effekt av behandlingen viser seg i løpet av 5 - 8 uker. Minimum behandlingstid bør være åtte uker, maksimalt 16 uker. Målet for behandlingen er 14 påfølgende tørre netter. Gitt god oppfølging sees vellykket initial effekt av behandlingen hos ca. 60 % (23). For å motvirke tilbakefall bør dagbokregistrering fortsette minst fire uker etter avsluttet behandling. Dersom han/hun får tilbakefall (>2 våte netter/2 uker) bør behandlingen gjenopptas. Effekt av behandlingen kommer da raskere enn ved første gangs behandling. En annen måte å bedre resultatene på er å avslutte behandlingen med en overlæringsperiode (24). Barnet får da ekstra drikke før sengetid (begynne med 50 ml, øke til 300 - 400 ml). Dette medfører forbigående flere våte netter, men kan redusere andelen med tilbakefall fra 20 - 40 % til 10 %. Noen barn våkner ikke og andre blir skremt av alarmen. I slike tilfeller kan det være en fordel at en av foreldrene ligger på samme rom som barnet de første nettene og vekker barnet når alarmen går. Barnet må selv slå av alarmen.

Medikamentell behandling

Desmopressin (Minirin)

Desmopressin virker på distale tubuli i nyrene og øker vannreabsorpsjonen slik at urinmengden reduseres. Desmopressin virker best på barn med nattlig polyuri (25), og stor funksjonell blærekapasitet øker sannsynligheten for effekt. Virkningen er sterkest først på natten pga. relativt kort halveringstid for desmopressin.

Korttidsbehandling (2 - 4 uker) med desmopressin har vist at 50 - 70 % av barn med enuresis nocturna har effekt av behandlingen, og ca. 25 % blir helt tørre. Moffatt og medarbeidere (26) viste etter gjennomgang av 18 arbeider at desmopressin reduserte antall våte netter med i gjennomsnitt ca. 50 %. Oppfølgingsresultater var i liten grad angitt i disse studiene, og andelen barn som fortsatt var tørre etter seponering av medikamentet var 5 - 22 %. Bare 5,7 % var fortsatt tørre seks måneder etter avsluttet behandling. De konkluderte med at behandling med desmopressin må ansees som symptomatisk behandling.

Behandling i korte perioder for å være tørr under reiser, besøk hos venner mv. anbefales fra seks års alder. Effekt av behandlingen sees i løpet av få netter. De som har effekt av medikamentet, kan ha dette som en sikkerhet ved behov.

I de senere år er det kommet noen studier over lengre tids behandling av enuresis nocturna med desmopressin (27 - 29). Disse indikerer at flere barn enn forventet fortsatt er tørre ved oppfølging etter avsluttet behandling. I en større svensk studie (30) deltok 399 barn med 10 våte netter/28 netter. I alt 245 (61 %) fikk redusert antall våte netter med minst 50 %, og 89 barn ble tørre. To år etter avsluttet behandling var 61 % av disse 89 barna fortsatt tørre. Gradvis reduksjon av medisineringsen gav i den svenske studien ikke flere varig tørre barn. Andre har imidlertid kunnet vise en slik effekt (29).

Langtidsbehandling kan forsøkes i perioder på tre måneder med minst en ukes medikamentfri periode for å vurdere om barnet er blitt tørt.

Desmopressin finnes som tabletter eller som nesespray/nesedråper. Barnet bør ta preparatet ved sengetid, 1 - 2 tabletter $\approx$ 0,2 mg (0,2 - 0,4 mg) eller 1 - 2 spray $\approx$ 10 mikrogram i hvert nesebor (20 - 40 mikrogram). Det anbefales å starte med laveste dose, ev. doble dosen etter fem dager hvis det ikke er ønsket effekt. Behandling med desmopressin har få bivirkninger. Vannretensjon hos små barn er rapportert, og det anbefales derfor at barnet ikke drikker mer enn ett glass væske fra en time før til åtte timer etter inntak av desmopressin.

Imipramin (Tofranil)

Dette medikamentet ble tidligere brukt i behandlingen av barn med enuresis nocturna. Noen ønsker fortsatt å bruke det i tilfeller hvor behandling med alarmapparat eller desmopressin ikke har ført frem. Dersom gunstig virkning registreres i løpet av to uker, kan behandling fortsette i fire uker; deretter gradvis nedtrapping. Anbefalt dosering har vært 1,5 mg/kg (maksimalt 75 mg) før sengetid. Medikamentet kan gi bivirkninger (søvnforstyrrelse, munntørrehet, obstipasjon, tremor), og det kan være fare for intoksikasjoner (kramper, kardiale arytmier) (31). Preparatet er ikke lenger registrert i Norge, og anbefales derfor ikke brukt til barn med sengevæting.

Tolterodin (Detrusitol)

Medikamentet kan sammen med andre uroterapeutiske tiltak være gunstig i behandlingen av barn med liten blærekapasitet, dagvæting og enuresis nocturna. Preparatet er godkjent i Norge, men ikke registrert for behandling av barn. Dose til barn i alderen 5 - 10 år angis til 1 mg 2. Bivirkninger kan være rask hjerteaksjon, munntørrehet, akkomodasjonsforstyrrelser. Dersom dette preparatet vurderes brukt, bør behandling startes av spesialist.

Kombinasjonsbehandling

Behandling med alarmapparat kombinert med desmopressin kan ha god effekt. Desmopressin virker best tidlig på natten, og dette kan føre til større urinmengde sent på natten, da barna kanskje er mer følsomme for vekking med alarm.

Foreløpig er det få studier med kombinasjonsbehandling (32, 33), men resultatene synes lovende, spesielt for barn med mer enn fem våte netter/uke, familiære problemer eller atferdsavvik.

Oppfølging og evaluering

Oppfølging har betydning for hvor mange barn som gjennomfører behandlingen og hvor mange som får tilbakefall.

Tett oppfølging er nødvendig hvis alarmapparat benyttes i behandlingen. Mange ganger kan det oppstå tekniske problemer med apparatene, og organiseringen av omsorgen for barn med enuresis nocturna må inkludere kvalitetssikring av dette utstyret.

Fra England er det satt opp forslag til arbeidsdefinisjoner for behandling og effekt av behandlingen (7, 34). Minimumsstandarder for behandling med alarmapparat bør være:

- Tilbud om stasjonært alarmapparat eller bærbart apparat bør kunne gis til dem som ønsker det. Apparatene bør skiftes ut etter minimum sju års regelmessig bruk. Tekniske problemer bør ikke oppstå oftere enn under hver femte behandlingsperiode.
- Kontakt til barn/foreldre bør skje allerede en uke etter behandlingsstart, deretter hver tredje uke.
- Andelen som ikke fullfører behandlingen, bør være mindre enn 25 % av alle som starter behandling.
- Kontakt bør opprettholdes i minst seks måneder etter behandlingsslutt. I tilfelle tilbakefall, bør tilbud om videre behandling kunne gis.

De fleste barn med enuresis nocturna responderer på behandling med alarmapparat eller desmopressin. Dessverre får mange tilbakefall når behandlingen avsluttes. Det blir viktig for dem som behandler barn med enuresis nocturna å kunne gi et tilbud også til dem som får tilbakefall. Noen ganger må man regne med flere perioder med tilbakefall og at total behandlings- og oppfølgingstid kan ta flere år. Dette stiller betydelige krav til organisering av omsorg for barn med enuresis nocturna. Dokumentasjon av at barn med denne plagen får et bedre selvbylde og at det blir en bedret situasjon for hele familien når de er tørre, er de viktigste argumenter for å tilrå aktiv behandling av denne godartede tilstanden.

Anamneseskjema og retningslinjer for utredning og behandling av enuresis nocturna kan fås ved henvendelse til Jan Holt.

Litteratur

1. Schmitt BD. Nocturnal enuresis. *Pediatr Rev* 1997; 18: 183 - 90.
2. Moffatt MEK. Nocturnal enuresis: a revue of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. *J Dev Behav Pediatr* 1997; 18: 49 - 56.
3. Gimpel GA, Warzak WJ, Kuhn BR, Walburn JN. Clinical perspectives in primary nocturnal enuresis. *Clin Pediatr* 1998; 37: 23 - 9.
4. Byrd RS, Weitzman M, Lanphear NE, Auinger P. Bedwetting in US children: epidemiology and related behaviour problems. *Pediatrics* 1996; 98: 414 - 9.
5. Schulpen TWJ, Hirasing RA, de Jong TPVM, van der Hayden AJ, Dijkstra RN, Sukhai RN et al. Going dutch in nocturnal enuresis. *Acta Pædiatr* 1996; 85: 199 - 203.
6. Läckgren G, Hjälmmås K, van Gool J, von Gottard A, de Gennaro M, Lottmann H et al. Committee report. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. *Acta Pædiatr* 1999; 88: 679 - 90.
7. Hunt S. The concept of outcome. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31 (suppl 183): 71 - 4.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). Washington, D.C.: The Association, 1987.
9. Wille S. Nocturnal enuresis: sleep disturbance and behavioural patterns. *Acta Pædiatr* 1994; 83: 772 - 4.
10. Bakwin H. The genetics of enuresis nocturna. I: Kolvin I, MacKeith RC, Meadow SR, red. Bladder control and enuresis. Philadelphia: JB Lippincott, 1973: 73 - 7.
11. Watanabe H, Imada N, Kawauchi A, Koyama Y, Shirakawa S. Physiological background of enuresis nocturna type I. A preliminary report. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31 (suppl 183): 7 - 10.
12. Nørgaard JP, Rittig S, Djurhuus JC. Nocturnal enuresis: an approach to treatment based on pathogenesis. *J Pediatr* 1989; 114: 705 - 10.
13. Jenkins PH, Lambert MJ, Nielsen SI, McPherson DL, Wells MG. Nocturnal task responsiveness of primary nocturnal enuretic boys: a behavioral approach to enuresis. *Childrens Health Care* 1996; 5: 143 - 56.
14. Nørgaard JP, Pedersen EB, Djurhuus JC. Diurnal antidiuretic hormone levels in enuresis. *J Urol* 1985; 134: 1029 - 31.
15. Kirk J, Rasmussen PV, Rittig S, Djurhuus JC. Micturition habits and bladder capacity in normal children and in patients with desmopressin-resistant enuresis. *Scand J Urol Nephrol* 1995; 29 (suppl 173): 49 - 50.
16. Fergusson DM, Horwood LJ. Nocturnal enuresis and behavioral problems in adolescence: a 15-year longitudinal study. *Pediatrics* 1994; 94: 662 - 8.
17. Haque M, Ellerstein NS, Gundy JM, Shelov SP, Weiss JC, McIntire MS et al. Parental perceptions of enuresis. *Am J Dis Child* 1981; 135: 809 - 11.
18. Bloom DA, Seeley WW, Ritchey ML, McGuire EJ. Toilet habits and continence in children: an opportunity sampling in search of normal parameters. *J Urol* 1993; 149: 1087 - 90.
19. Holt J, Bang O. Enuresis nocturna blant skolebarn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986; 106: 650 - 1.
20. Schulpen TWJ. The burden of nocturnal enuresis. *Acta Pædiatr* 1997; 86: 981 - 4.
21. Häggeløf 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.
22. Hansen AF, Jørgensen TM. Alarm treatment: influence on functional bladder capacity. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31 (suppl 183): 59 - 60.
23. Forsythe WI, Butler RJ. Fifty years of enuretic alarms. *Arch Dis Child* 1989; 64: 879 - 85.
24. Morgan RTT. Relaps and therapeutic response in the conditioning treatment of enuresis: a review of recent findings on intermittent reinforcement, overlearning and stimulus intensity. *Behav Res Ther* 1978; 16: 273 - 9.
25. Djurhuus JC, Ritting S. Current trends, diagnosis, and treatment of enuresis. *Eur Urol* 1998; 33 (suppl 3): 30 - 3.
26. Moffatt MEK, Harlos S, Kirshen AJ, Burd L. Desmopressin acetate and nocturnal enuresis: how much do we know? *Pediatrics* 1993; 92: 420 - 5.
27. Miller K, Goldberg S, Atkin B. Nocturnal enuresis: experience with long-term use of intranasally administered desmopressin. *J Pediatr* 1989; 114: 723 - 6.
28. Läckgren G, Lilja B, Neveus T, Stenberg A. Desmopressin in the treatment of severe nocturnal enuresis in

- adolescents - a 7-year follow-up study. *Br J Urol* 1998; 81 (suppl 3): 17 - 23.
29. Riccabona M, Oswald J, Glauninger P. Long-term use and tapered dose reduction of intranasal desmopressin in the treatment of enuretic children. *Br J Urol* 1998; 81 (suppl 3): 24 - 5.
30. Hjälmås K. SWEET, the Swedish enuresis trial. *Scand J Urol Nephrol* 1995; 29 (suppl 173): 89 - 92.
31. Robinson DS, Barker E. Tricyclic antidepressant cardiotoxicity. *JAMA* 1976; 18: 2089 - 90.
32. Sukai RN, Mol J, Harris AS. Combined therapy of enuresis alarm and desmopressin in the treatment of nocturnal enuresis. *Eur J Pediatr* 1989; 148: 465 - 7.
33. Bradbury M. Combination therapy for nocturnal enuresis with desmopressin and an alarm device. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31 (suppl 183): 61 - 3.
34. Butler RJ. Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Arch Dis Child* 1991; 66: 267 - 71._

Denne artikkelen er hentet fra: sygebarn.dk
<http://www.sairaslapsi.com/frame.cfm?id=742&sprog=1&grp=2&menu=1>

(Enuresis nocturna)

Sengevædning ses hos hvert femte barn over 6 år og forsvinder hos langt de fleste inden teenagealderen. Tilstanden er arvelig. Man ved ikke helt præcis, hvorfor nogle børn lider af sengevædning, men psykiske årsager er meget sjældne. Der findes i dag to effektive behandlingsmuligheder medicin og vækkealarm hvoraf vækkealarm er den mest effektive.

Når barnet tisser ufrivilligt i sengen om natten, kaldes det sengevædning, ufrivillig natlig vandladning eller Enuresis nocturne (latin).

De fleste børn lærer med tiden at holde sig tør om natten. Men hvert femte barn vil stadig tisse i sengen om natten, når det er 6 år. Når børnene kommer op i teenageårene, er det kun ganske få (2-3%), som ikke kan holde sig tørre om natten. Omkring 1% af voksne forsætter livet ud med sengevædning.

Det er meget sjældent, at man finder en god forklaring på, hvorfor barnet lider af sengevædning. Man ved, at det er arveligt. Det vil sige, at hvis barnets søskende eller forældre har haft ufrivillig natlig vandladning, vil der være en øget risiko for, at barnet får samme problem.

Ufrivillig natlig vandladning skyldes et misforhold mellem den mængde urin, barnet danner om natten og den mængde urin, som barnets blære kan rumme. Danner barnet mere urin om natten end blæren kan rumme, bliver resultatet at barnet skal tisse. De fleste børn vågner, når blæren er fyldt og går på toilettet, men børn med sengevædning vågner ikke og tisser derfor i sengen.

Den mængde urin barnet danner om natten vil afhænge af, hvor meget barnet har drukket inden sengetid og af et særligt hormon (det antidiuretisk hormon). Hormonet sørger for at barnet ikke danner så meget urin om natten. .

Hos enkelte børn er det muligt at finde en anden forklaring på sengevædning. Typisk drejer det sig om et barn, der tidligere har kunnet holde sig tørt om natten og pludselig begynder med sengevædning. Forklaringen kan være psykisk eller medicinsk. Af psykiske årsager kan nævnes skoleproblemer, skilsmisse og dødsfald i familien. Medicinske årsager kan være [blærebetændelse](#) og sukkersyge. Men hos langt de fleste børn findes der ingen forklaring. Tidligere antagelser om at nattevædning skyldes psykiske problemer er kun sjældent rigtigt. Barnet tisser ikke i sengen som protest eller for at få sin vilje.

Årsager til nattevædning:

- barnet danner for lidt antidiuretisk hormon
- barnets blærer er ikke fuldt udviklet endnu
- sjældent psykiske eller medicinske tilstande

Selv om ufrivillig natlig vandladning ikke er farligt og selv om langt de fleste børn vokser fra tilstanden, har den stor betydning for barnet og skal derfor tages alvorligt. Barnet vil helst ikke sove hos kammerater og undgår måske lejrskole eller ture med overnatning, fordi det er pinligt at tisse i sengen. Drilleri og manglende selvværd kan blive resultatet.

Medicin: Mange børn med sengevædning danner ikke nok antidiuretisk hormon om natten. Man kan derfor forsøge at give barnet ekstra antidiuretisk hormon. Medicinen er effektiv, men en del børn får ufrivillig natlig vandladning igen, når man ophører med medicinen.

Behandling hjemme: Det er vigtigt at forklare barnet, at ufrivillig natlig vandladning ikke er alvorligt og så godt som altid forsvinder igen. Hvis der er andre i familien der har haft samme problem, er det en god ide, at fortælle barnet at den eller den voksede fra det. Det hjælper barnet at vide, at det ikke er den eneste, der har det problem. Om barnet skal sove med ble afgøres af barnet selv. Nogle børn vil hellere sove med ble end opleve at hele sengen er våd, medens andre hellere vil bruge et vaskbart underlag.

Forældrene kan forsøge at holde igen med væske inden sengetid og vække barnet et par gange om natten og hjælpe det på toilettet. Hvis det ikke hjælper, er der grund til at søge hjælp hos lægen.

Ring til lægen næste dag: Hvis barnet er over 6 år og nattevædning udgør et problem for barnet og/eller forældrene. Hvis barnet har ligget tørt om natten og pludselig begynder at tisse i sengen igen.

Lægen vil først sikre sig, at barnet ikke har sukkersyge eller blærebetændelse. Hvis det ikke er tilfældet, vil lægen sammen med forældrene vælge en behandling. Der har gennem tiderne været forsøgt mange forskellige behandlinger, men behandling med medicin (det antidiuretisk hormon) og vækkealarm er de to eneste metoder, der har vist sig at være effektive. Vækkealarm er en attraktiv behandling, da barnet slipper for medicin. Alarmen består af et ringeapparat, som aktiveres, når lagoonet bliver vådt. Hensigten med alarmen er at ændre barnets fornemmelse af en fyldt blære fra: "en trang til at lade vandet" til: "et signal om at knibe sammen, tilbageholde vandladningen og vågne op". Vækkealarmen er effektiv og kun få børn får sengevædning igen, når alarmen fjernes. Antidiuretisk hormon er lige så effektivt som vækkealarmen, men en del børn får sengevædning igen, når det ophører med medicinen. Samlet er vækkealarmen derfor mest effektiv. Almindeligvis tager det flere uger at opnå effekt af behandlingen.

Artikkelen er hentet fra:

http://www.helsenytt.no/artikler/barnet_tisser_paa_seg.htm

Når barnet tisser på seg...

- Sengevæting er ganske vanlig blant små barn. Men ikke desto mindre oppleves det som et stort problem for mange foreldre, sier overlege Sigvald Refsum ved Barnekirurgisk avdeling, Rikshospitalet. - Mange blir også urolige for at tilstanden skal vedvare, at det skal fortsette også når barnet begynner på skolen. Heldigvis er sengevæting noe de aller fleste barna vokser av seg. Hvert år blir 15 prosent spontant helbredet. Men vedvarer problemet inn i skolealder, kan det være lurt å søke hjelp. Det samme bør gjøres hvis barnet også «lekker» om dagen og har hatt urinveisinfeksjoner.

De fleste foreldre har opplevd at barnet deres tisser på seg på natten. Kontrollen med blæresenteret er nemlig ikke fullt etablert før barnet er kommet opp i 3-års-alderen. Da blir de aller fleste tørre både dag og natt. Det er først når barnet er fylt 5 år og fremdeles tisser på seg at man snakker om sengevæting eller «natt-enurese». Enurese betyr «tisse i». Enurese er et symptom – et tegn på at noe ikke fungerer som det skal. Felles for dem som er rammet er at de ikke har evnen til å holde på urinen. De lider av det vi kaller ufrivillig vannlating etter den tid da blærekontroll normalt skal være etablert. Hele 75 prosent av de barna som lider av dette, væter seg bare om natten. De lider av det vi kaller «natt-enurese». Men omlag 10-15 prosent væter seg også om dagen. Vi regner med at 10 prosent bare har symptomer på dagtid. Det vil si at de bare tisser på seg om dagen.

- Hvor mange barn tisser på seg etter 5-årsalderen?

- Omkring 30 - 40.000 norske barn i alderen 5 til 15 år lider av enurese. Vi regner med at omlag 15 prosent av 5-åringene tisser i sengen, i 10-års-alderen 5 prosent. Blant 15-åringene er antallet med enurese sunket til 1-2 prosent. Problemet avtar altså med årene. Hvert år blir omlag 100 norske menn fritatt for militærtjeneste på grunn av ufrivillig vannlating, ev. sengevæting. Dette er altså en lidelse som kan få store konsekvenser for den enkeltes selvtillit.

Årsaker

Urinblæren har to oppgaver. Den tar kontinuerlig imot urin fra nyrene. Når blæren er full, merkes trangen til å late vannet. Dersom dette skjer om natten, våkner de fleste barna som da står opp og tisser på toalettet. Sengevæterne våkner ikke - og for dem går det galt.

- Hva er årsaken til at enkelte barn ikke får normal kontroll over vannlatingen?

- Som oftest er en hyperaktiv blære årsaken til ufrivillig vannlating. En hyperaktiv blære kan skyldes forsinket viljemessig kontroll med vannlatingen. En annen årsak er psykosomatiske forstyrrelser. Da tisser barnet ofte og i små porsjoner - de småskvetter. Mange barn som tisser på seg vil kunne utvikle skyld- og skamfølelse. De bærer på en «hemmelighet» de helst ikke ønsker å dele med venner og venninner. Oppdages vætingen, kan de oppleve å bli mobbet, noe som kan bidra til å forsterke problemet. Det er derfor ikke alltid godt å vite hva som kommer først: Høna eller egget.

Noen lider av «knise-inkontinens», de tisser på seg når de ler. Andre lider av urinveisinfeksjoner som igjen kan føre til tisseproblemer.

Vanligvis reduseres urinproduksjonen om natten slik at ikke urinmengden overstiger blærens kapasitet. Dette fordi hypofysen skiller ut et hormon som virker på nyrene. Senere års forskning, spesielt i Danmark, har vist at en del sengevætere ikke har den normale døgnvariasjonen i utskillelse av dette hormonet. Dette kan da føre til sengevæting på grunn av stor urinproduksjon i løpet av natten. Men dette forklarer ikke hvorfor barnet ikke våkner! Tidligere var det mange som mente at sengevætere var barn som sov tyngre enn andre og av den grunn ikke våknet når de skulle på toalettet. Men herom strides de lærde.

I noen få tilfeller ser vi organiske årsaker. Barnet kan for eksempel ha et avløpshinder i urinrøret. For å kunne overvinne dette kan blæren bli kraftigere og refleksen livligere. Resultatet er at barnet stadig må fly ut for å tisse. I slike tilfeller ser man ofte at vannlatingen heller ikke er normal. Det kan være en dårlig kraft på strålen, den kan være påfallende tynn og hard eller opptre som en «spreaderstråle». Enkelte ganger må barnet presse under vannlatingen. Dette gjelder mest for gutter. Hos jentene ser vi av og til for trang urinrørsåpning, en tilstand som kan føre til ufrivillig væting både dag og natt. I noen tilfeller kan man hos gutter påvise medfødte klaffer i urinrøret. Medfødte feil ved urinlederne kan også være årsak til urinlekkasje. I noen tilfeller har lekkasjen sammenheng med andre sykdommer barnet lider av. Som for eksempel ryggmargsbrokk.

- Arver barnet et anlegg for enurese?

- Ja. Tvillingstudier og undersøkelser av foreldre/barn viser at det er vanlig at flere i familien har samme plage. Det er også forskjeller mellom kjønnene. Ikke på hvor mange som blir plaget, men hvilke symptomer de får. Når det gjelder ren natt-enurese, forekommer dette hyppigst hos gutter over en viss alder. Når det gjelder ufrivillig vannlating både dag og natt, er dette mest utbredt blant jentene. Noen av disse er i tillegg også disponert for urinveisinfeksjoner.

- Når bør man søke lege for plagene?

- Hvis barnet i tillegg til sengevæting også væter seg om dagen, bør man helst få en lege til å undersøke det, svarer overlege Sigvald Refsum. - Det samme gjelder dersom det er mistanke om urinveisinfeksjon eller en organisk misdannelse. Som regel er sengevæting noe som går over av seg selv, bare man tar tiden til hjelp. Hvert år regner vi med at 15 prosent blir spontant helbredet. Men fortsetter problemet inn i skolealder, kan man ta kontakt med skolehelsetjenesten eller en allmennpraktiserende lege. Det viser seg at de aller fleste av de barna som lider av sengevæting, er helt normale. Derfor er det liten grunn til å utrede dem. I alle fall ikke før de er 7 år gamle.

- Hvordan utreder man barna?

- Da starter man gjerne med barnets sykehistorie. Man kartlegger når vætingen skjer, for eksempel dag eller natt, eventuelt hele døgnet, hvor ofte og hvordan de tisser. Her er det viktig å snakke grundig både med barnet selv og pårørende. Man skiller mellom primær enurese og sekundær enurese. Sekundær betyr bare at barnet igjen har begynt å tisse på seg etter å ha hatt et opphold på minst et halvt år. I tillegg til sykehistorien, vil legen se på barnets kjønnsorganer. Hvis det er mistanke om noe organisk, ser man også på selve urinstrålen for å se om det kan være avløpshinder. Av og til opplever man at strålen er avbrutt og at tissemonsteret er unormalt. Det hender for eksempel at blæren ikke tømmer seg fullstendig, noe som kan føre til rest-urin og påfølgende urinveisinfeksjoner. Vi kan ved hjelp av ultralyd måle innholdet av rest-urin i blæren.

Hos piker ser man enkelte ganger refluks, det vil si tilbakestrømming av urin til nyrene. Her må man finne ut hva som er det primære, om det er funksjonsforstyrrelser i blæren eller noe annet. Det viktigste ved en slik utredning er å finne frem til de barna man kan gjøre noe for.

Gode råd mot sengevæting

Det viktigste foreldrene kan gjøre er å prøve å forhindre at barnet får skyldfølelse - prøve å bidra til at det forstår at dette ikke dreier seg om noe selvforskyldt. Mange av barna er svært fortvilet over situasjonen og føler seg annerledes enn alle andre. For enkelte oppleves det som en ren katastrofe. Man må derfor prøve å nærme seg problemet på en positiv, oppmuntrende måte. Noen premierer barnet når det har klart å holde seg tørr en natt. Andre prøver på forskjellige måter å stimulere barnet for å få snudd utviklingen. Å føre dagbok over tørr/våte netter kan for eksempel virke motiverende på barnet.

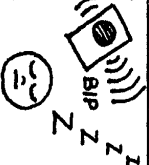
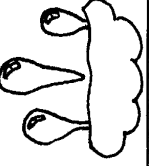
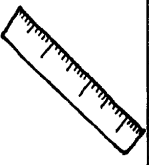
Det er også viktig å unngå at det får for mye å drikke før sengetid. Noen foreldre velger å stå opp nattestid for å få barnet til å gå på potte eller toalett. Men dette er ikke å anbefale. Det stresser opp familien og medfører ikke noen raskere slutt på problemet. Noen mener at barnet bør bruke bleie om natten, andre er ikke tilhengere av dette. De mener at det kan gjøre vondt verre. Her må man prøve seg frem. Bruk iallfall et plastunderlag i sengen, da slipper man å få urin på selve madrassen og det letter rengjøringen.

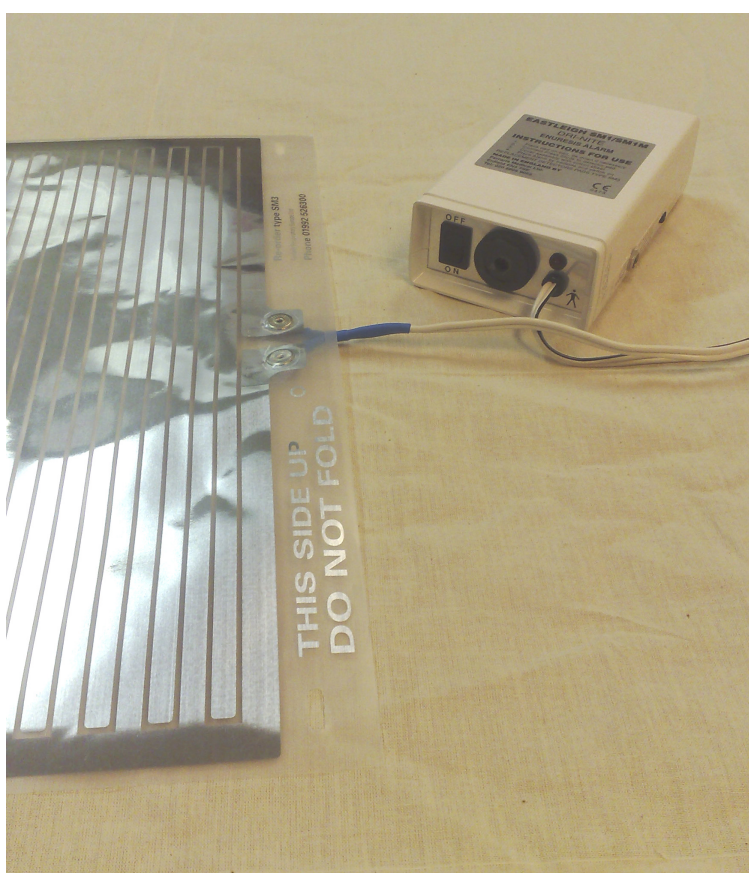
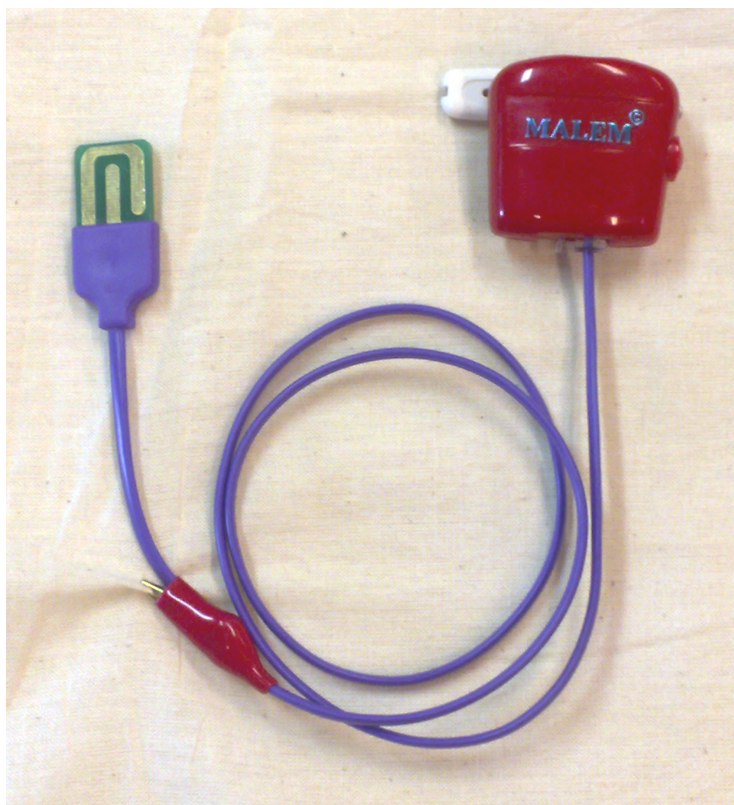
Hjelper ikke dette, kan man prøve med alarm-matte om natten. Dette er et apparat som gir et kraftig lydsignal når matten blir våt. Hvis barnet våkner, innøver det på denne måten en betinget refleks, og det vil etter hvert våkne før det går galt. Men dessverre er det mange barn som sover så tungt at de ikke våkner av alarm-matten. «Hele nabolaget vekkes, men ikke barnet mitt», sier noen foreldre. Da kan foreldrene i stedet prøve å ligge ved siden av barnet om natten slik at de får vekket det når alarmen går. Under normale omstendigheter regner man med at det kan ta fra 3 til 6 uker før man ser noen effekt, og apparatet må brukes til barnet har vært sammenhengende tørt i minst 3 måneder. Noen undersøkelser viser at opptil 70 prosent av barna har effekt av alarmapparatet som man kan låne gjennom helsestasjoner eller via skolehelsetjenesten.

- Det finnes også forskjellige typer medikamenter man kan prøve, sier Sigvald Refsum. - Et av disse er Minirin som bidrar til å konsentrere urinen - og på denne måten reduserer urinvolumet. Dette midlet kan taes som nesespray eller tabletter før sengetid og det er effektivt for 70% av sengevæterne. Men barna må bruke det hver natt, hvis ikke får de straks tilbakefall. Minirin hjelper bare symptomatisk, det kurerer ikke plagene. Tofranil er et annet medikament som jeg har god erfaring med. Tofranil skal taes to timer før sengetid og deretter ved sengetid. Etter 6 til 8 ukers bruk blir mange barn helt tørre.

Når det er snakk om organiske årsaker som for eksempel trange urinveier, er kirurgi aktuelt. Da er det tale om anatomiske forhold som kan opereres. Dette er en behandling som bare er aktuell for et lite mindretall av barna. Det er jo stort sett disse pasientene vi ser her ved Barnekirurgisk avdeling. Det som er positivt, er at vi her har en helt klar årsak til problemet - og at det derfor er store muligheter for at barna skal bli helt symptomfrie, avslutter overlege Sigvald Refsum.

Publisert: 1998

						KOMMENTARER	KL.	DATO
MANDAG								
TIRSDAG								
ONSDAG								
TORSDAG								
FREDAG								
LØRDAG								
SØNDAG								



ADL PRODUKTER AS

Tlf: 64 98 50 20

www.adl.no