

APPETIZER: I iPRAKSIS november/2023 kunne du læse artiklen ”Forebyg inkontinens hos børn”, der omhandlede renlighedsprocessen hos de yngste. I denne artikel bliver du præsenteret for, hvordan man i almen praksis kan udrede og behandle sengevædning – også kaldet enuresis.

Af Henriette Møller Christensen

Håndtering af børn og unge med sengevædning

I skoletasken hos 11-årige Frida finder hendes mor en krøllet seddel med overskriften ”hyttetur”. Tanken om en våd sovepose er ikke til at overskue, så Frida vil under ingen omstændigheder med. Ved 5 års-undersøgelsen hos lægen blev det nævnt, at hun udviklede sig normalt, og at det med sengevædning vokser de fleste børn fra.

Tiden er gået, familien har prøvet sig frem. De vasker sengetøj næsten dagligt, sætter alarmer om natten og har forsøgt at skære ned på væske før sengetid. Frida lider af enuresis, der er den hyppigste form for inkontinens hos børn. I et stort dansk studie fra 2019 fandt man, at prævalensen af sengevædning hos indskolingssbørn (6-7 år) er knap 17 % (1).

Begreber og aldersgrænser

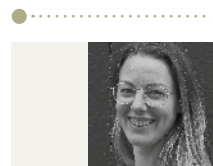
Når børn fylder 5 år, bør de som udgangspunkt være tørre både dag og nat. Enuresis opdeles i henholdsvis *primær* enuresis, hvis barnet aldrig har været rentligt, og *sekundær* enuresis, hvis barnet har været kontinent i minimum 6 måneder, før sengevædningen opstod.

Diagnostiske kriterier for enuresis (2):

- Ufrivillig vandladning hos børn over 5 år.
- Stået på i >3 måneder.
- Skyldes ikke andre lidelser, herunder neurologisk sygdom eller misdannelser.

De to hyppigste årsager til enuresis

Hos ca. 60 % af børn med monosymptomatisk enuresis skyldes det, at de producerer for meget urin om natten, kaldet natlig polyuri. Forklaringen er oftest, at det antidiuretiske hormon, forkortet ADH (vasopressin), ikke er velreguleret. Netop det hormon skal tilbageholde væske i kroppen om natten, så urinen koncentrerer, og man ikke skal lade vandet før næste morgen. De børn kan behandles medicinsk med et stof, der efterligner effekten af vasopressin, nemlig desmopressin. Hos de sidste ca. 40 % er årsagen, at blærekapaciteten er for lille i forhold til alderen, og de kan behandles med ringeapparat (3).



Biografi

Henriette Møller Christensen er hoveduddannelseslæge i almen medicin. Nord-KAP praksiskonsulent for Pædiatri Region Nordjylland, følgeordning siden 2021. Har deltaget i udarbejdelsen af hjemmesiden ”Tæt og tør”.

Kontakt

henriette.moller.c@gmail.com

”

Hos 60 % af børnene skyldes sengevædning polyuri, og hos de resterende 40 % er årsagen, at de har en for lille blærekapacitet i forhold til alderen.





Udredning

På dit dagsprogram har Fridas forældre booket en tid under emnet “tisser i sengen”, og første konsultation bruges på anamnese og objektiv undersøgelse.

Anamnese

1. Er det nyopstået sengevædning? Med henblik på at afklare, om der er tale om primær eller sekundær enuresis.
2. Er der vandladningsproblemer i dagtiden? Med henblik på at opspore blandet inkontinens, da daginkontinens behandles først.
3. Hvordan er afføringsmønsteret (bristol stool scale)? Forstoppelse spiller sjældent en rolle ved sengevædning, men bør udelukkes.
4. Arvelighed, da op mod 75 % har en forælder, der har haft samme problem (4).

“Kan det være noget psykisk?”, supplerer Fridas mor?

Psykiske tilstande er ikke årsag til primær enuresis, men tilstanden kan i sig selv være psykisk belastende. Ved sekundær enuresis er det mere relevant at være nysgerrig på andre omstændigheder i barnets liv, fx skolestart, flytning eller skilsmisse.

Objektiv undersøgelse

- Vurdering af anatomiske forhold, herunder grov neurologisk undersøgelse og et kig på ryggen for at udelukke neuralrørsdefekter. Ydre genitalia vurderes.
- Palpation af abdomen.
- Rektaleksploration er sjældent nødvendigt.
- Paraklinik.
- U-stix for at udelukke tegn på blærebetændelse.
- Blodsukker, hvis der var tale om sekundær enuresis med mistanke om diabetes.

Plan

Efter første konsultation har du erfaret, at Frida ikke har tisseuheld om dagen, at hun aldrig har været tør om natten, og at afføringsmønstret er normalt. Desuden er hun arveligt disponeret, da hendes far var vådligger. Objektivt finder du en normal undersøgelse. Der er med andre ord tale om primær enuresis.

Du vurderer, at både Frida og hendes forældre er motiverede for videre udredning, og forklarer, at det kræver noget hjemmearbejde og tålmodighed at nå i mål, men at de fleste børn kan blive tørre. De virker lettede. Næste konsultation bookes hos en sygeplejerske i klinikken, men kan også gøres hos lægen eller i samarbejde med skolens sundhedsplejerske.



Hos sygeplejersken instrueres familien i væskevandladningsskema (VVS). Det er en dagbog over patientens væskeindtag, vandladninger og eventuelle uheld.

2. konsultation

Hos sygeplejersken instrueres familien i væskevandladningsskema (VVS). Det er en dagbog over patientens væskeindtag, vandladninger og eventuelle uheld. Det er helt afgørende for det videre forløb, at familien instrueres korrekt og forstår vigtigheden af deres hjemmearbejde.

For at spare tid i konsultationen og mindske tvivl hos forældrene kan de repetere instruktionen ved at se videoen, som findes på hjemmesiden ”Tæt og tør”.



<https://taetogtoer.rn.dk/5-10-aar/Mit-barn-tisser-i-bleen-eller-i-sengen-om-natten/>
Faa-overblik-over-hvor-meget-dit-barn-driker-og-tisser

Registrering og tolkning af VVS

I skemaet registreres, hvor meget Frida drikker og tisser i løbet af 2 dage og 7 nætter.

Det vil sige, at hver gang hun har input og output, skal mængde og tidspunkt noteres. Ved sengevædning anvendes natble, som vejes før og efter natten. Desuden registreres eventuelle uheld i dagtid og/eller om natten. Oplysningerne i skemaet synliggør barnets drikke- og tisse-mønstre. Selvom Frida kun tisser i sengen om natten, er det vigtigt at få registreret væskeindtag og vandladningsvaner om dagen, da det samlede mønster har betydning for forståelsen af det natlige problem.



Ved tolkning vurderes:

- Væskeindtagsmønsteret, fx uhensigtsmæssigt stort væskeindtag før sengetid.
- Vandladningsfrekvensen i dagtid (normalt 3-7/dag).
- Blærekapaciteten: største vandladning i dagtid eksklusiv den første vandladning om morgenen.
 - Forventet blærekapacitet = $(30 \times \text{alder} + 30)$ (gælder indtil 14 år).
 - Reduceret blærekapacitet defineres som maksimal vandladningsvolumen <65 % af den forventede blærekapacitet for alder.
 - Forventet blærekapacitet for Frida på 11 år: $(30 \times 11 + 30) = 360$ ml
 - 65 % af 360 ml = 234 ml.
 - Så hvis Fridas største vandladning er < 234 ml, er der tale om for lille blærekapacitet.
- Natlig urinproduktion = sum af ble-urin (ble vejes og tørvægt trækkes fra) + evt. nykturi + morgenurin.
- Natlig polyuri: urinproduktion på en våd nat, der overskrider den forventede blærekapacitet med mindst 30 %.
 - Dvs. for Fridas vedkommende: hvis natlig urinproduktion overstiger 360 ml + 30 % = 468 ml.

Praktiske råd

For de fleste familier er det en stor opgave at udfylde VVS, og derfor skal de helst komme i mål med registreringen første gang. Flere forældre i projekt Tæt og Tør fortalte, at de af forskellige årsager havde udfyldt VVS op til flere gange, hvilket gav anledning til frustration. For at undgå dette er der dels udarbejdet den nævnte instruktionsvideo, dels helt lavpraktiske råd, som familien kan læse på hjemmesiden ”Tæt og tør”.

3. konsultation – behandling

Før lægen kalder Frida ind, analyserer hun VVS.

Ud fra skemaet på næste side ses, at Frida ikke tisser af, før hun går i seng, samt at hendes væskeindtag er lidt skævt, idet hun søndag indtager 700 ml efter kl. 18. Hendes største vandladning ses lørdag kl. 14, hvor der er registreret 300 ml. Allerede nu ved vi, at hun ikke lider af nedsat blærekapacitet, da nedre grænse for Frida var 234 ml.

Det ses, at torsdag er den eneste tørre nat, og at hun i gennemsnit har en natlig urinproduktion på 634 ml og dermed over øvre grænse på 468 ml. Det vil sige, at Frida lider af polyuri.

Hun har mangel på det antidiuretiske hormon vasopressin og sættes i behandling med desmopressin. Hvis der var tale om nedsat blærekapacitet, afprøves behandling med ringeapparat. Hvis Frida havde både polyuri og lille blærekapacitet, kan det være svært at nå i mål med gængs behandling, og der kan henvises til børnelæge.

Desmopressin findes som en smeltetablet (Minirin) eller almindelig tablet (Nocutil). Man bør informere familien om den store prisforskel på de to præparater.

”

Desmopressin findes som en smeltetablet (Minirin) eller almindelig tablet (Nocutil). Man bør informere familien om den store prisforskel på de to præparater.

Udfyldt VVS fra en 11-årig pige



Væske- og vandladningskema

2 dage og 7 nætter

Navn Pige Alder 11 år Dato

Lørdag dag

Stod op kl. 8.00		Gik i seng kl. 22.00		
Drukket		Tisset		Uheld
kl.	ml	kl.	ml	kl.
8.30	200	11.00	200	
11.00	300	14.00	300	
14.00	500	17.00	250	
16.00	200	20.00	200	
18.00	200			
Total ml		Antal		

Søndag dag

Stod op kl. 9.00		Gik i seng kl. 20.00		
Drukket		Tisset		Uheld
kl.	ml	kl.	ml	kl.
9.30	100	10.00	200	
12.00	300	14.00	280	
14.00	500	16.00	295	
18.00	500	19.00	200	
19.00	200			
Total ml		Antal		

Nætter

	Blevægt aften (g)	Blevægt morgen (g)	Forskel i blevægt (g)	Morgen-vandladning (ml)	På toilet om natten (ml)	Total naturin-produktion (ml)
Lørdag	48	348		180		
Søndag	48	448		200	200	
Mandag	48	368			300	
Tirsdag	48	388		100	300	
Onsdag	48	502			100	
Torsdag	48	48		300		
Fredag	48	458			100	

REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

Hvis barnet er i stand til at synke eller kan lære at synke en tablet, er Nocutil aktuelt langt billigere (5). Desmopressin findes desuden som næsespray, men det frarådes at anvende denne grundet hjælpestoffet chlorbutanol, som giver øget risiko for QT-forlængelse med tilhørende risiko for arytmie og reproduktionstoksicitet (6). Selve optrapningen af desmopressin er beskrevet i Region Nordjyllands forløbsbeskrivelse om enuresis (3). Hvis desmopressin ikke virker i fuld dosis efter ▶



Foto: Colourbox

en uge, skal behandlingen revurderes. Særligt bør man være opmærksom på, om barnet eller den unge har meget stor væskeindtagelse om aftenen.

Ringearrnat

Praktiserende læger og praksispersonale har som regel begrænset erfaring i instruktion i brug af ringearrnat, og følgende er en vejledning baseret på den, man bruger på børneafdelingen på Aalborg UH, og som kan anvendes ved konsultationen i almen praksis (7).

Ringearrnat findes i 2 hovedtyper:

1. En alarmmåtte til at have i sengen (reagerer, når sengen bliver våd).
2. En minialarm til at have i underbukserne/nattøjet (reagerer, når den første dråbe kommer).

Alarmerne er følsomme for fugtighed og giver en kraftig lyd eller vibration, så snart de bliver våde. Tanken er, at barnet skal lære at koble lyden med følelsen af at skulle tisse og så efterhånden vågne, før det er for sent. Op til 80 % af de børn, der bliver behandlet med ringearrnat, har god effekt af det. For at opnå succes er det afgørende at sikre sig, at barnet/den unge er motiveret for behandlingen og har støtte af forældrene. De skal forberede sig på 6-12 ugers behandling.

Instruér familien i følgende:

- Tis af inden sovetid. Barnet/den unge må ikke tages op af forældre, når de går i seng.
- Barnet/den unge må kun vækkes, når ringeapparatet ringer.
- Hjælp fra forældre, når alarmerne ringer – sov helst i nærheden af hinanden.
- Alarmerne må maksimalt ringe 2 gange pr. nat for ikke at forstyrre nattesøvnen for meget. Efterfølgende anvendes natble eller vådliggerlagen.
- Der skal altid tisses færdigt på toiletet ved alarm.
- Anvend registreringsskema: alarmtid/vågner selv/tør.
- Der skal ses begyndende effekt inden for 3 uger.
- Alarm benyttes indtil 14 sammenhængende tørre nætter i træk.

Vurdering af effekt af ringeapparatet:

- Færre alarmer pr. nat.
- Alarmerne kommer senere og senere på natten.
- Barnet/den unge begynder selv at høre alarmerne.
- Der kommer enkelte tørre nætter.
- Barnet/den unge begynder evt. selv at vågne og gå på toiletet, før alarmerne ringer.

Forslag til produkter kan ses på www.leisner.dk eller www.meqshop.dk (6).

Opfølgning

Frida opnår hurtigt effekt af Minirin og får alligevel mod på at tage med på hytteturen. Hendes case illustrerer, at man med den rette systematik kan gøre en kæmpe forskel for hele familien. Den høje prævalens af enuresis indikerer vigtigheden af systematisk opsporing ved den sidste børneundersøgelse. Er barnet endnu ikke henligt som 5-årig, bør man lægge en plan for opfølgning og i mellemtiden henviser dem til den rådgivning, de kan finde på hjemmesiden ”Tæt og tør” (8).

Ved spørgsmål til konkrete cases kan praktiserende læger og personale få sparring fra erfarne fagfolk fra Børne- og Ungeafdelingen, Aalborg Universitetshospital hver tirsdag kl. 14-15 på tlf. 21 49 69 40.

Referencer

1. Warner TC et al., 2019, Prevalence of nocturia and fecal and urinary incontinence and the association to childhood obesity: a study of 6803 Danish school children.
2. Lægehåndbogen – Enuresis: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/paediatric/tilstande-og-sygdomme/nyrer-og-urinveje/enuresis/>
3. Forløbsbeskrivelse Region Nord – Enuresis: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/u-urinveje/enuresis/>
4. Patienthåndbogen – sengevædning: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/nyrer-urinveje-koen/sengevaedning-enuresis/>
5. <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/318291>
6. <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2023/minirin-desmopressin-2,5-mikrogram-naesespray,-oploesning-indfoersel-af-advarsler-om-potentiel-risiko-ved-eksponering-af-hjaelpestoffet-chlorbutanol/>
7. PRI-instruks: Behandling af natlig urininkontinens med ringeapparat
8. <https://taetogtoer.rn.dk/>

REDAKTIONENS KOMMENTARER

Den høje prævalens af enuresis indikerer vigtigheden af systematisk opsporing ved den sidste børneundersøgelse i almen praksis, hvor børnene er 5 år.