

Enuresis nocturna: Nicht zu früh behandeln

BEI KONSEQUENTER THERAPIE ist in 75% der Fälle mit einem Sistieren oder zumindest einer deutlichen Besserung der Symptomatik zu rechnen.

Redaktion: Herbert Hauser

BEI ISOLIERTEM NÄCHTLICHEN EINNÄSSEN, der monosymptomatischen Enuresis nocturna, tritt ab dem 5. Lebensjahr zwei- oder mehrmaliges Einnässen pro Monat auf. In Österreich sind rund 60.000 Kinder davon betroffen, von den 5-Jährigen ca. 15–20%. Mit jedem weiteren Lebensjahr kommt es bei 15% der Betroffenen zu einer Spontanheilung. Somit sind von den 10-Jährigen noch etwa 6% betroffen, von den Erwachsenen rund 1%. Buben sind vor allem zu Beginn deutlich stärker vertreten.

WELCHE FORMEN DER ENURESIS WERDEN UNTERSCHIEDEN?

Man unterscheidet klassischerweise zwischen der monosymptomatischen Enuresis nocturna, die in primäre und sekundäre Form unterteilt wird, sowie der Enuresis diurna, heute als kindliche Harninkontinenz bezeichnet. Monosymptomatisch bedeutet, dass die Miktion tagsüber völlig unauffällig verläuft.

Eine primäre Enuresis nocturna besteht dann, wenn das Kind noch nie länger als sechs Monate trocken war, eine sekundäre, wenn es bereits länger als sechs Monate trocken war und neuerlich begonnen hat einzunässen. Bei der sekundären Form liegt deutlich häufiger eine psychogene Ursache der neuerlichen Einnässsymptomatik vor (Belastungssituation durch Scheidung, Schulprobleme, Geschwisterkonflikt etc.). Wichtig ist, Eltern und Patienten zu vermitteln, dass bei einer primären monosymptomatischen Enuresis nocturna keine psychogenen Störungen vermehrt als Ursache des Einnässens vorliegen, keine Erziehungsfehler begangen wurden und auch keine Absicht des Kindes vorliegt. Ursache für die primäre Enuresis nocturna ist ein durch eine Art Entwicklungsverzögerung hervorgerufener Mangel an antidiuretischem Hormon. Dieses Symptom wird oft auch von den Eltern einer falschen Bewertung unterzogen, sodass es zu einem Kreislauf aus Selbstvorwürfen, Schuld- und Schamgefühlen kommt, der oft schwer zu durchbrechen ist.

Im Gegensatz zur Enuresis beinhaltet das kindliche Harninkontinenz-Syndrom zahlreiche Miktionsauffälligkeiten, die auch am Tag mehr oder weniger deutlich sichtbar auftreten und bei stärkerer Ausprägung auch tagsüber zum Einnässen führen.

WELCHE DIAGNOSTISCHEN MASSNAHMEN SIND OBLIGAT?

Die Basisdiagnostik bei jedem Enuretiker besteht aus Anamnese, klinischer Untersuchung, Urindiagnostik, Sonographie und Miktionsprotokoll. In der Anamnese ist explizit zu erheben, ob eine primäre oder sekundäre Enuresis vorliegt, weiters Tagessymptomatik mit Drangsymptomatik, Miktionshäufigkeit, Stakkatomiktion, Trinkgewohnheiten, Obstipation oder Enkopresis, stattgehabte Harnwegsinfekte, familiäre Häufung, psychologische Gesamtsituation und Leidensdruck.



© Oleg Kozlov – Fotolia.de

Bei der klinischen Untersuchung ist auf Veränderungen des äußeren Genitales (Labiensynechie? Phimose? Meatusstenose?) und Auffälligkeiten im Sakralbereich (Spina bifida?) sowie Sensibilitätsstörungen im Perigenitalbereich zu achten. Für die Urindiagnostik genügt in der Regel der Harnstick. Die Sonographie umfasst die Beurteilung der Nieren und ableitenden Harnwege sowie die Restharnbestimmung. Ein Miktionsprotokoll, das mindestens 48 Stunden, besser 96 Stunden beinhaltet, muss inklusive Miktionsmessbecher mitgegeben und die genaue Durchführung des Protokolls besprochen werden. Die Aufzeichnungen dienen zur Bestimmung der aktuellen Miktionsvolumina sowie der nächtlichen Harnproduktionsmenge.

Als erweiterte Diagnostik kommen im Einzelfall Uroflow-EMG (bei Verdacht auf funktionelle infravesikale Obstruktion), Miktionscystourethrogramm (Ausschluss eines vesikoureteralen Refluxes sowie eines anatomischen subvesikalen Abflusshindernisses), MR-Urogramm (Verdacht auf ektopie Harnleitermündung), Wirbelsäulen-MRT (Verdacht auf neurogene Blasenentleerungsstörung) sowie letztlich noch eine Videourodynamik in Betracht. Diese erweiterte Diagnostik ist nur bei Symptomen einer kindlichen Harninkontinenz anzuwenden.

WAS IST DIFFERENZIALDIAGNOSTISCH ZU BEACHTEN?

In erster Linie muss ein zusätzlich vorhandenes kindliches Harninkontinenz-Syndrom mit mehr oder weniger auffälliger Tagessymptomatik ausgeschlossen werden. Entsprechende Symptome sind imperativer Harndrang mit immer wieder kleinen Einnässportionen auch tagsüber, Stakkatomiktion, Harnwegsinfekte oder kleines Miktionsvolumen.

GIBT ES EIN OPTIMALES BEHANDLUNGSALTER?

Die Behandlung sollte nicht vor dem vollendeten 5. Lebensjahr beginnen. Ab diesem Zeitpunkt ist mit einem zunehmenden Leidensdruck und psychischer Beeinträchtigung der weiteren Entwicklung des Kindes zu rechnen. Wünschenswert ist natürlich ein motivierter Patient. Eine Behandlung vor dem 5. Geburtstag auf

Drängen der Eltern sollte nur in Ausnahmefällen erfolgen, wenn beim Kind gleichzeitig gesichert bereits ein Leidensdruck vorliegt.

WELCHE THERAPEUTISCHEN OPTIONEN KOMMEN ZUM EINSATZ?

Es gilt die Grundregel: Keine Therapie ohne Basisdiagnostik, da immer zuerst eine vielleicht nur latente Tagessymptomatik in das Therapiekonzept einbezogen werden muss.

Vorgehen bei monosymptomatischer Enuresis nocturna: Unabhängig von jeder Therapiestrategie sollte das Trinkverhalten insofern modifiziert werden, als die Haupttrinkmenge in der ersten Tageshälfte liegt, am späten Nachmittag und abends nur mehr wenig Flüssigkeit aufgenommen wird. Vor dem Schlafengehen unbedingt noch eine Miktion. Um die Motivation des Kindes zu fördern, hat sich das Führen eines Belohnungssystems, z.B. mit Aufklebern für gewünschtes Verhalten (nicht nur für trockene Nächte), sehr bewährt. An speziellen Therapieformen stehen eine Verhaltenstherapie durch die Alarmtherapie (Klingelhose) und eine medikamentöse Therapie mit Desmopressin zur Verfügung. Bei der Alarmtherapie führt jede nächtliche Miktion zur Auslösung eines Alarms und damit zum Erwachen des Kindes. Durch diese Konditionierung lernen die Kinder schon zur Zeit der Blasenfüllung, die Miktion zu unterdrücken und bereits vor dem Einnässen aufzuwachen. Hier ist eine Mitarbeit durch die Eltern unumgänglich, da vor allem in der Anfangsphase das Kind auf den Klingelton nicht adäquat reagiert. Es muss gesichert sein, dass trotz bereits erfolgter Miktion das Kind voll aufwacht, den Gang auf die Toilette macht, die Unterhose und die Bettwäsche gewechselt werden und vor dem neuerlichen Einschlafen der Alarm wiederum aktiviert wird. Somit erfordert diese Therapie auch von den Eltern ein gewisses Durchhaltevermögen. Die Alarmtherapie ist über etwa drei bis sechs Monate durchzuführen, ein Wirkungseintritt ist erst nach einigen Wochen zu erwarten.

Die Wirksamkeit der Alarmtherapie ist durch zahlreiche Studien gesichert. Ihr Vorteil liegt vor allem auch in einer sehr niedrigen Rückfallrate nach Therapieende. Zum Einsatz kommt die Alarmtherapie vor allem bei älteren Kindern; optimal ist, wenn es zu mehreren Miktionen pro Nacht kommt. Das Miktionsprotokoll sollte eine normale nächtliche Harnmenge zeigen – nicht mehr als ein Drittel der 24-Stunden-Harnmengenproduktion bzw. die gesamte nächtliche Harnmenge übersteigt das physiologische Blasenvolumen um nicht mehr als 130%.

Desmopressin-Therapie: Auch diese Therapieform ist sehr effizient. Sie sollte eingesetzt werden, wenn die nächtliche Harnproduktion deutlich über dem physiologischen Ausmaß liegt. Desmopressin – auch bekannt als antidiuretisches Hormon ADH – führt bei 75% der Patienten zu einer deutlichen Reduktion der nächtlichen Harnproduktion. Dadurch wird vor allem bei normaler Blasenkapazität die Blase nicht mehr überfüllt und somit eine Miktion verhindert.

Verabreicht wird Desmopressin direkt vor dem Schlafengehen als Schmelztablette, die in einer Dosierung von 60 und 120 µg zur Verfügung steht. Begonnen wird die Therapie mit 120 µg. Sollte es nach knapp einer Woche zu keiner Besserung der Einnässfrequenz kommen, ist eine Steigerung auf 2-mal 120 µg möglich. In diesem Fall wird allerdings die Dosis gesplittet, indem die erste Tablette beim Schlafengehen verabreicht wird, und die zweite Tablette, wenn die Eltern schlafen gehen. Ist eine Trockenheitsphase von acht Wochen erreicht, kann in kleinen Schritten eine Reduktion um jeweils 60 µg (auch hierfür stehen Tabletten zur Verfügung) in vierwöchigen Schritten erfolgen. Sollte es neuer-

lich zum Einnässen kommen, ist ein Rückgang auf die zuletzt erfolgreiche Dosis für wiederum acht Wochen indiziert.

Durch dieses Ausschleichschema kann die Rückfallrate bei Absetzen der Therapie deutlich reduziert werden. Es ist allerdings auch möglich, Desmopressin letztlich über Jahre zu geben. Der Vorteil des Medikaments liegt in seiner raschen Wirksamkeit: Es kann auch bei noch nicht wirklich stabiler nächtlicher Trockenheit – vor allem bei Übernachtungen im Rahmen von Schulveranstaltungen oder bei Freunden – eingesetzt werden.

Zu beachten ist bei der Desmopressin-Therapie, dass es zu möglichen Nebenwirkungen in Form einer Wasserintoxikation kommen kann, wenn das Kind nach Einnahme der Tablette noch größere Mengen an Flüssigkeit zu sich nimmt. Dies könnte eine Hyponatriämie mit Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen und letztlich zerebralen Krämpfen zur Folge haben. Daher ist bei Einleiten der Therapie auf eine entsprechende Aufklärung über die Gefahr einer Wasserintoxikation und deren Symptomatik sorgfältig zu achten. In 50% der berichteten Fälle traten die Nebenwirkungen in den ersten drei Behandlungswochen auf.

Die Europäische Arzneimittelbehörde EMA konnte durchsetzen, dass die früher übliche nasale Verabreichungsform von Desmopressin nicht mehr für die Indikation Einnässen eingesetzt werden darf; in Österreich wurde dieses Verbot mit 1. Juni 2007 für die Indikation Enuresis umgesetzt.

Auch eine Kombination von Alarm- und Desmopressin-Therapie ist möglich, insbesondere bei häufiger Miktion in der Nacht und erhöhter nächtlicher Harnproduktion. Häufig zeigt sich im Miktionsprotokoll ein zu geringes Miktionsvolumen. Somit liegt hier auch eine Auffälligkeit in der Miktion am Tag vor. In diesem Fall sollte zuerst eine Normalisierung des Miktionsvolumens durch Blasentraining – ein willkürliches Verzögern der Miktion – angestrebt werden. Als medikamentöse Unterstützung wird ein Anticholinergikum verwendet, aufgrund des deutlich geringeren Nebenwirkungsprofils heute Tolterodin (Detrusitol). Um die Gefahr von unangenehmen Nebenwirkungen zu reduzieren, ist eine einschleichende Eindosierung anzuraten.

WELCHE ERFOLGSRATEN

SIND MIT DEN THERAPEUTISCHEN MASSNAHMEN ZU ERZIELEN?

Wie bereits erwähnt, ist mit einer Spontanheilungsrate von 15% pro Jahr zu rechnen. Bei den angeführten Therapiemaßnahmen ist mit einem Sistieren oder zumindest einer deutlichen Besserung der Symptomatik in gut 75% der Fälle zu rechnen, allerdings kann vor allem bei der Desmopressin-Therapie nach Absetzen neuerlich ein Rezidiv auftreten. In diesem Fall empfiehlt sich eine Fortführung der Therapie durchaus auch über Jahre. Insbesondere soll dies den Kindern ermöglichen, am gemeinsamen sozialen Leben, insbesondere auch an Schulveranstaltungen, teilzunehmen.



Prim. Univ.-Prof. Dr. ROBERT BIRNBACHER,
Leiter der Abteilung für Kinder-
und Jugendheilkunde

EOA Dr. KURT SCHEIBER,
Leiter der Nephrourologischen
Ambulanz



LKH Villach, Mitglieder der Österr.
Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde;
kinder-abteilung@lkh-vil.or.at