

DR. MED. PATRICK SAWAYA

Enuresis nocturna – nächtliches Einnässen im Kindesalter nach dem 5. Lebensjahr



Etwa 15% aller Kinder über fünf Jahre sind nachts noch nicht trocken. Jungen sind doppelt so oft betroffen wie Mädchen. Die sogenannte Enuresis nocturna, das nächtliche Einnässen, ist definiert als unwillkürliches Einnässen im Schlaf mindestens ein Mal pro Monat nach dem fünften Lebensjahr über eine Dauer von über drei Monaten. Bei der primären Enuresis liegt ein kontinuierliches nächtliches Einnässen des Kindes ohne trockene Intervalle vor, während die sekundäre Enuresis nach einer zwischenzeitigen Phase der Trockenheit über mindestens sechs Monate auftritt. Die Enuresis ist entweder monosymptomatisch (2/3 der Fälle) ohne gleichzeitig bestehende Zeichen einer Harnblasenfunktions- oder nicht-monosymptomatisch (1/3 der Fälle) und geht mit Symptomen wie überstarkem, nicht kontrollierbarem Harndrang, Miktionsaufschub mit zu langem Einhalten des Urins, Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination in Form eines Wasserlassens mit Unterbrechungen durch fehlerhaftes Anspannen des Schließmuskels und Defäkationsbeschwerden mit z. B. Stuhlverhalten einher.

Die Enuresis ist zu verstehen als eine Entwicklungsverzögerung des Reifungsprozesses verschiedener für die nächtliche Kontinenz erforderlicher Komponenten. Zunächst führt eine Unreife des ZNS zu einer unzureichenden Weckreaktion des Gehirns bei zugleich sehr tiefem Schlaf des Kindes. Zudem kann eine Verzögerung der mit dem Alter zunehmenden Harnblasenkapazität eine zu geringe Reservoirfunktion für die nächtlich produzierte Urinmenge bedeuten. Ein weiterer Faktor ist die mögliche Störung der Vasopressinsekretion. Die Aus-

schüttung dieses vom Hypothalamus im Gehirn gebildeten Hormons besitzt einen zirkadianen Rhythmus und führt dadurch zu einer Halbierung der nächtlichen Urinproduktion. Viele enuretische Kinder haben einen gestörten Rhythmus der Vasopressinsekretion, sodass in der Folge die nächtliche Urinproduktion die Harnblasenkapazität übersteigt. Ebenso kann ein Miktionsfehlerverhalten (dysfunktionelle Miktion) zu Miktionsbeschwerden und einer Enuresis führen. Beispielsweise kann ein übermäßiges Verzögern der Miktion (Urineinhalten) einen erhöhten Schließmuskeltonus begünstigen, welcher beim Toilettengang nicht mehr ausreichend entspannt und somit durch die

hieraus resultierende funktionelle Abflussstörung eine Harnblaseninstabilität mit unterbrochenem Harnstrahl, Harndrangbeschwerden und Einnässen zur Folge hat.

Für das Auftreten einer Reifungsverzögerung der Harnblasenkontrolle spielen genetische Faktoren eine große Rolle. Die Wahrscheinlichkeit für eine Enuresis beträgt 77%, wenn beide Eltern, und 43%, wenn ein Elternteil als Kind betroffen waren. Ohne familiäre Vorgeschichte beträgt das Enuresisrisiko ca. 15%. Insbesondere bei nicht-monosymptomatischer Enuresis können psychiatrische Begleiterkrankungen wie ADHS, Störung des Sozialverhaltens, Depression und Angststörungen eine Rolle spielen und so auch Rückfälle der Problematik durch bedeutende Lebensereignisse wie Trennung der Eltern, Geburt eines Geschwisterkindes, Schulwechsel etc. ausgelöst werden. Ebenso gastroenterologische Begleiterkrankungen wie Verstopfung oder Stuhlinkontinenz sind häufig assoziiert, da die Harnblasen- und Mastdarmfunktion auf verschiedenen Ebenen neuronal verknüpft sind und außerdem eine übermäßige Dehnung des Enddarms bei Stuhleinhalten bzw. Verstopfung eine Harnblasenkompression bewirkt.

Zur Basisdiagnostik einer Enuresis gehört die ausführliche Anamnese, um evtl. Hinweise für das Vorhandensein einer zugrunde liegenden urologischen oder neurologischen Erkrankung zu finden. Wichtig ist das Führen eines Miktionstagebuchs über 2 – 3 Tage mit Dokumentation der Uhrzeit und des Volumens von Trinken und Miktion sowie der Uhrzeiten der Defäkation. Erforderlich sind außerdem eine mikroskopische Urinuntersuchung und Urinkultur zum Ausschluss eines Harnwegsinfekts. Im apparativen Untersuchungsteil ist meist die Durchführung einer urologischen Ultraschalluntersuchung zur Detektion von Miktionsstörungen (Dicke der Harnblasenwand, Restharn), Detektion von Stuhlverhalt (Durchmesser des Rektums, Impression der Harnblase) und Ausschluss von pathologischen Veränderungen des oberen Harntrakts (Nierengröße, Parenchymnarben, Harnstau, anatomische Anomalien, Harnsteinbildung etc.) ausreichend. Kinder mit monosymptomatischer Enuresis benötigen keine weitere Diagnostik. Nur bei auffälligen Befunden im Rahmen der o. g. Diagnostik oder bei nicht erfolgreicher Therapie sind weiterführende Untersuchungen notwendig: Harnstrahlmessung mit Beckenboden-EMG, Urodynamik (Blasendruckmessung), MCU zum Refluxausschluss (Urinrückfluss über die Harnleiter zu den Nieren), Endoskopie etc.

UNSER TEAM



Die Basis der Enuresistherapie bildet die Verhaltenstherapie (Urotherapie). Diese besteht aus einer Anleitung des Kindes zu einem geregelten Trink- und Miktionsverhalten mit kontinuierlicher Flüssigkeitsaufnahme und regelmäßiger Miktion alle 2 – 3 Stunden sowie Planung mithilfe eines Miktionstagebuchs und eines Erinnerungsweckers. Die Trinkmenge sollte bei ca. 50 ml/kg Körpergewicht liegen und das Hauptvolumen bis 17 Uhr aufgenommen worden sein. Weiterhin sind ein Belohnungssystem für trockene Nächte, eine Förderung der Eigenverantwortlichkeit für das Führen des Miktions- und Trinktagebuchs sowie ein Trainieren einer entspannten Sitzhaltung auf Toilette essentiell.

Führt die Urotherapie als Mittel der ersten Wahl nicht zu trockenen Nächten, werden Kombinationen von Medikamenten und/oder der Alarmtherapie eingesetzt.

Die Enuresistherapie mit dem Wirkstoff Desmopressin, einem Analogon des körpereigenen, vom Hypothalamus gebildeten Hormons Vasopressin, reduziert die nächtliche Urinausscheidung der Nieren und damit die Häufigkeit der Enuresis. Die Dosierung des Medikaments wird bis zur nächtlichen Trockenheit erhöht und in 8-Wochen-Intervallen langsam wieder reduziert (unter der Voraussetzung einer weiterhin ausbleibenden Enuresis).

Die anticholinerge medikamentöse Therapie der Enuresis führt zu einer Erhöhung der Harnblasenkapazität, dämpft eine vorhandene Überaktivität der Harnblase mit vermehrtem Harndrang und kann ggf. mit einer Desmopressinmedikation kombiniert werden.

Bei der Alarmtherapie der Enuresis weckt ein in die Unterhose eingelegter Feuchtigkeitssensor das Kind beim nächtlichen Einnässen auf. Hierbei erfolgt bei konsequenter Anwendung über zunächst mind. 12 – 16 Wochen eine klassische Konditionierung, wodurch das Kind im Verlauf der Behandlung dann vor dem Einnässen aufwacht und auf der Toilette miktioniert.

Das wichtigste bei der Therapie der Enuresis ist die Geduld bei Kind und Eltern. Die Spontanheilungsrate beträgt jährlich 15% bis zur Pubertät. In diesem Alter sind nur noch ca. 2% der Jugendlichen betroffen. Ein Persistieren der Enuresis bis in das Erwachsenenalter ist ausgesprochen selten.



www.vasektomie-aschaffenburg.de

männerarzt
Zusatzbezeichnung Männerarzt durch Institut cmi
cmi e.V.



HIER FINDEN SIE UNS:

DR. MED. PATRICK SAWAYA
Facharzt für Urologie

Ludwigstraße 4
63739 ASCHAFFENBURG

Telefon 0 60 21/1 33 55
Telefax 0 60 21/21 90 01

www.dr-sawaya.de

UNSERE LEISTUNGEN



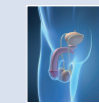
Krebsvorsorge



Nieren- und Harnleitererkrankungen



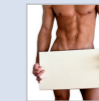
Harnblasen- und Harnröhrenerkrankungen sowie Harninkontinenz



Prostata- und Samenblasenerkrankungen



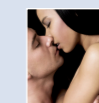
Ambulante Prostatakrebstherapie durch Seed-Implantation



Erkrankungen des äußeren Genitales inkl. Hoden- und Penisenerkrankungen



Fruchtbarkeitsuntersuchungen bei unerfülltem Kinderwunsch



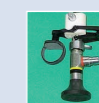
Geschlechterkrankungen



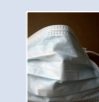
Potenzstörungen/Aging Male



Kinderurologie



Endoskopische Eingriffe



Ambulante Operationen



ESWL

