

3

Enuresis

Kein Tabu, keine Schuld

Nächtliches Einnässen nach dem fünften Lebensjahr kann viele Ursachen haben. Ein ausführliches Anamnesegespräch bildet die Basis der Diagnostik und ermöglicht gezielte Therapie.

Von Mag. Christine Lindengrün



Laut der International Children's Continence Society (ICCS) sollte ein gesundes Kind nach dem fünften Lebensjahr maximal einmal pro Monat ins Bett machen. Ist das Bett öfter nass, kann mit Gegenmaßnahmen begonnen werden, wobei Elternberatung und Gespräche mit den Kindern an erster Stelle stehen.

Neue Terminologie

Vor vier Jahren hat die ICSS die Terminologien betreffend Störungen des unteren Harntrakts bei Kindern modifiziert, um international einheitliche und vergleichbare Definitionen zu schaffen. Dr. Romana Altenhuber, Urologische Abteilung, Wilhelminenspital, Wien, unterscheidet mit den aktuellen Richtlinien der ICSS zwischen monosymptomatischer nächtlicher Enuresis (MNE), also ausschließlichem Einnässen während des Schlafs, und nicht monosymptomatischer Enuresis (NMNE), bei der neben nächtlichem Einnässen auch eine Tages-symptomatik vorhanden ist. „Tagessymptomatik bedeutet nicht unbedingt Inkontinenz während des Tags. Auch andere Symptome wie häufiges Wasserlassen, Rückhaltenmanöver und Restharnbildung sind Zeichen der NMNE“, erklärt Altenhuber. Je nach Beginn der Symptomatik wird zwischen primärer und sekundärer Enuresis unterschieden. Letztere ist definiert durch eine mindestens sechsmonatige Trockenperiode.

Ätiologie

Die Ursachen für Enuresis sind vielfältig: Es kann sein, dass die Harnmenge, die in der Nacht gebildet wird, einfach zu groß für die Harnblase ist. Nächtliche Harnblasenkontraktionen aufgrund einer Detrusorüberaktivität oder eine erhöhte Aufwachschwelle des Kindes sind weitere mögliche Ätiologien. Ebenso gibt es eine genetische Disposition für Enuresis. „Wenn ein Elternteil betroffen war, besteht für das Kind ein Risiko von 30 Prozent“, so

Altenhuber.

Ein häufiger Grund, der bei Kindern oft übersehen wird, ist aber Obstipation, bzw. ist Enuresis oft vergesellschaftet mit Verstopfung. „Ein Drittel aller Enuresiskinder leidet an Obstipation“, berichtet Altenhuber. Das volle Rektum irritiert die Blase. „Oft verschwindet die Enuresis, wenn die Obstipation behandelt wird.“

Ursachen für Enuresis

- erhöhte nächtliche Harnmenge
- Detrusorüberaktivität
- erhöhte Aufwachschwelle
- genetische Disposition
- Obstipation

Foto: DAK/Wegger

Diagnose

Da Enuresis multifaktoriell bedingt ist, sollte eine gründliche Diagnostik durchgeführt werden, bevor eine Therapie eingeleitet wird. Die Basis bildet ein ausführliches Anamnesegespräch. „Sie erfahren viel, wenn Sie sich Zeit nehmen“, sagt Altenhuber. Nicht nur nach Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme und psychischen Auffälligkeiten sollte gefragt werden, sondern auch gezielt nach eventueller Tagessymptomatik und nach dem Stuhlverhalten des Kinds. Diesbezügliche Abweichungen sind den Eltern oft gar nicht bewusst und kommen erst auf Nachfrage ans Licht.

Bei sekundärer Enuresis ist zudem besonderes Gewicht auf Sozialanamnese und Belastungssituationen zu legen. „Bei Hinweis auf seelische Traumata ist unbedingt eine kinderpsychologische Betreuung beizuziehen“, betont Altenhuber.

Zur Basisdiagnostik gehören auch ein morphologischer Status des äußeren Genitale und ein Harnlabor zum Ausschluss von Diabetes und Infektionen. Altenhuber empfiehlt weiters sonographische Untersuchungen, zumindest eine Restharnbestimmung und Ultraschall der Nieren. Spezielle Diagnostik wie etwa urodynamische Untersuchungen sind primär nicht notwendig, sehr wohl aber ein Miktionsprotokoll, das idealerweise schon zum Erstgespräch mitgebracht wird. Allerdings ist das erste erbrachte Miktionsprotokoll mit Vorsicht zu bewerten, denn, so Altenhuber: „Manche Kinder machen sich einen Spaß daraus, das Protokoll zu beeinflussen, z.B. absichtlich öfters aufs WC zu gehen.“

Altenhuber: „Ein Drittel der Enuresiskinder leidet an Verstopfung. Oft verschwindet die Enuresis, wenn die Obstipation behandelt wird.“

Therapie

Prinzipiell ist Enuresis erst nach dem fünften Lebensjahr therapiebedürftig, wenn bei der Familie bzw. dem Kind der Wunsch nach Behandlung besteht. Im Beratungsgespräch sollten Enttabuisierung und Vermeidung von Schuldzuweisungen im Vordergrund stehen. „Kindern und Eltern sollten Schuldgefühle genommen und eine positive Einstellung vermittelt werden“, meint Altenhuber. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind zweckmäßig, insbesondere eine Beratung zum Trinkverhalten. Von einem Trinkverbot am Abend hält die Expertin zwar nichts, aber die Hauptmenge sollte tagsüber getrunken werden: „Viele Kinder trinken nur deswegen abends so viel, weil sie tagsüber nichts trinken.“

Für Altenhuber sind Alarmsysteme, die auf Nässe im Bett reagieren, ein probates Mittel der Therapie, mit dem Medikamentengabe oft vermeidbar wird. Schlägt der Alarm an, sollte das Kind geweckt und auf die Toilette begleitet werden, wo es noch einmal die Blase entleeren sollte. „Eine längere Anwendung dieses Systems zeigt Erfolgsraten bis zu 70 Prozent; allerdings ist die Drop-out-Rate hoch.“ Wenn die Ursache für das Bettnässen eine erhöhte Nachtmengenmenge ist, kann die Gabe von Desmopressin überlegt werden. „Man muss sich aber bewusst sein, dass dies nur eine symptomatische Überbrückungstherapie ist!“,

Aus der Sicht des Kinderpsychiaters

Die Kontrolle der Blase erfordert eine gewisse körperliche und intellektuelle Reife. „Bevor mit Enuresistherapien begonnen wird, muss gewährleistet sein, dass diese Reife vorhanden ist“, betont Univ.-Prof. Dr. Max Friedrich, Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wien. „Sinnvoll ist der Start eines Blasenkontrolltrainings erst dann, wenn das Kind eine Treppe freihändig hinuntergehen kann.“ In diesem Zusammenhang äußert sich Friedrich kritisch gegen die vielfach eingesetzte Praxis, dass Kindergärten nur „trockene“ Kinder aufnehmen: „Das darf kein Kriterium für die Aufnahme sein. Ein Dreijähriger muss nicht sauber sein!“, so der Kinderpsychiater energisch. „Wenn wir den Pflichtkindergarten einführen, werden wir von dieser Regel Abstand nehmen müssen.“

Völlig ausgereift ist das zentralnervöse System nämlich überhaupt erst um das sechste Lebensjahr. Auch dafür gibt es einen Test: „Man lässt das Kind mit herabhängenden Händen den Mund weit aufmachen“, erklärt Friedrich. „Kinder nach dem sechsten Lebensjahr können das, ohne dabei die Finger zu spreizen.“

Neben körperlichen und intellektuellen Aspekten ist die Emotionalität des Kinds ein dritter bedeutender Faktor fürs nächtliche Trockenwerden. „Man muss sich anschauen, wie mit dem Kind umgegangen wird“, so Friedrich. Den Eltern rät er zur „Lob-Erziehung“: Lob und Ehrlichkeit sind seiner Meinung nach die wichtigsten Faktoren der Erziehung. Regeln wie „Ab fünf Uhr nichts mehr trinken“ hält Friedrich für nicht zielführend. „Eine gesunde Blase hält die Nacht durch, und zwar völlig unabhängig von der Trinkmenge.“

Weitere Therapieoptionen sind medikamentöse Behandlung oder Biofeedback. Die psychologische Therapie erfolgt altersabhängig. Um das fünfte Lebensjahr herum sind für das Kind viele Dinge im Umbruch. Beispielsweise findet in diesem Alter auch der Wandel vom magischen zum kognitiven Denken statt. Befindet sich das Kind noch in der magisch-animistischen Phase, so kann man diese für die Enuresistherapie durchaus nutzen. „Kleine Puppen unter dem Kopfpolster können helfen, dass das Bett nicht nass wird“, so Friedrich. „In der magischen Phase arbeiten wir mit den Kindern spielerisch, ab dem Schulalter auf einer mehr kognitiven Ebene; in jedem Alter ist es wichtig, Einfallsreichtum zu beweisen.“

betont Altenhuber. Bei herabgesetzter Blasenkapazität bzw. Detrusorhyperaktivität helfen Anticholinergika. Für Kinder ist nur Oxybutinin zugelassen. Wegen seiner Nebenwirkungen kommen andere Substanzen off label zur Anwendung.

„Generelles Ziel jeder Enuresistherapie ist es, das Missverhältnis zwischen funktioneller Blasenkapazität und produzierter Harnmenge zu beheben oder die Weckschwelle zu heben“, fasst Altenhuber zusammen. „Unsere Aufgabe muss es sein, für jedes Kind den individuellen Therapieansatz zu finden, um den Kindern und Eltern frustrierte Therapieversuche zu ersparen.“

Vorträge im Rahmen der 20. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich, Wien, 6.10.10