

# Was hilft gegen Bettnässen?

## Konservative Massnahmen, Alarmsysteme und Medikamente

Die meisten Kinder sind im Alter von etwa vier Jahren «trocken», wobei die Kontinenz zunächst am Tag und später auch in der Nacht erreicht wird. Enuresis, die nächtliche Inkontinenz, ist bei Kindern im Vorschulalter jedoch nicht selten. Obwohl Enuresis bei fast allen Kindern mit der Zeit von selbst verschwindet, kann eine der individuellen Situation angepasste Therapie von grossem Nutzen sein.

### BRITISH MEDICAL JOURNAL

Enuresis ist die häufigste Form der Inkontinenz bei Kindern mit einer weltweit etwa gleich hohen Prävalenz; diese wird in der Literatur mit 8 bis 20 Prozent für die 5-Jährigen und mit 1,5 bis 10 Prozent für die 10-Jährigen angegeben. Die Prognose bei Enuresis ist gut: Die spontane Remissionsrate beträgt 15 Prozent pro Altersjahr.

Enuresis ist definiert als unwillkürlicher Harnabgang im Schlaf bei Kindern ab 5 Jahren, wobei dies mindestens einmal monatlich in den vergangenen drei Monaten vorgekommen sein muss. Man unterscheidet die primäre Enuresis von der sekundären (das Kind war zwischendurch bereits einmal 6 Monate lang trocken). Je nach Ausprägung der Enuresis und je nachdem, ob auch tagsüber Inkontinenz auftritt, bestehen unterschiedliche therapeutische Optionen.

#### Sekundäre Enuresis

Wenn das Kind bereits einmal trocken war und nun wieder in der Nacht einnässt, sind pathophysiologische und psychische

Ursachen wahrscheinlicher als bei Kindern mit primärer Enuresis. Dazu gehören beispielsweise emotionale und Verhaltensstörungen, traumatische Erlebnisse oder auch chronische Obstipation. Es wird empfohlen, bei Kindern mit sekundärer Enuresis nach möglichen Auslösern zu fahnden und auch an potenziellen Missbrauch zu denken, falls eine adäquate Behandlung keinen Erfolg hat.

#### Primäre Enuresis

Die meisten Kinder über 5 Jahre mit Enuresis waren noch nie trocken. Es handelt sich in der Regel um eine Reifungsverzögerung der für die Miktionskontrolle verantwortlichen Hirnregionen. Zum Entstehen von Enuresis tragen verschiedene physiologische Faktoren bei (s. *Tabelle*).

#### Anamnese und Differenzialdiagnose

Bei jedem Kind, das wegen Enuresis und/oder Inkontinenz in die Praxis kommt, ist eine ausführliche, detaillierte Anamnese von entscheidender Bedeutung, um alle Symptome zu erfassen, die erforderlichen Abklärungen zu veranlassen und eine angemessene Therapie vorzuschlagen. Nicht zuletzt geht es dabei auch um die Frage, was für die Familie im individuellen Fall am wichtigsten ist beziehungsweise welche Symptome am belastendsten empfunden werden.

Als hilfreich hat sich ein Miktionsstagebuch über mindestens 48 Stunden erwiesen, in welchem Miktionen, Symptome und Trinkmengen eingetragen werden.

Für die richtige Einordnung der Beschwerden ist es wichtig, danach zu fragen, ob das Kind nur in der Nacht einnässt oder Inkontinenz auch tagsüber vorkommt beziehungsweise weitere Blasenprobleme auftreten (z.B. Dranginkontinenz, Reizblase, Miktionen zu häufig/zu selten, Haltemanöver, Schmerzen beim Harnlassen, Harnstrahl schwach/stark/stossweise, Nachtröpfeln, Blasenentzündungen). Falls weitere Blasen-/Harnprobleme bestehen, spricht das für Blasenfunktionsstörungen, die zunächst angegangen werden müssen, bevor man Massnahmen gegen Enuresis veranlasst.

Bei der Untersuchung des Kindes geht es um die Abklärung einer chronischen Obstipation sowie neurogener und urologischer Ursachen. Per Streifenfest sind Harnwegsinfektionen, Diabetes und Nierenerkrankungen auszuschliessen sowie eine Polyurie aufgrund von Störungen im Vasopressinstoffwechsel (s. *Tabelle*). Eine Ultraschalluntersuchung ist zum Ausschluss anatomischer Veränderungen sinnvoll, während Uroflowmetrie und weitergehende urologische Untersuchungen nur bei entsprechendem Verdacht durch einen Kinderneurologen/-urologen erfolgen sollten.

## Merksätze

- ❖ Primäre Enuresis verschwindet bei den meisten Kindern mit der Zeit von selbst.
- ❖ Als Therapie sind Alarmsysteme oder Desmopressin die erste Wahl.
- ❖ Falls zusätzlich Blasenfunktionsstörungen bestehen (Inkontinenz auch tagsüber), sind diese zuerst anzugehen.
- ❖ Bei chronischer Obstipation muss diese als erstes beseitigt werden, bevor man eine Therapie gegen Inkontinenz und/oder Enuresis beginnt.
- ❖ Sekundäre Enuresis hat häufig psychische Ursachen.

Tabelle:

**Physiologische Faktoren der Enuresis**

Zu schwache Aufwachreaktion	Bei den meisten Kindern mit Enuresis erfolgt das Aufwachen zu spät oder gar nicht, obwohl die Blase bereits über- voll ist. Die Schlafarchitektur an sich ist in der Regel nicht gestört, sodass Enuresis in allen Phasen des Schlafes vorkommen kann.
Nächtliche Polyurie	Aufgrund eines veränderten Tagesrhythmus der Vasopressinsynthese kommt es bei vielen Kindern mit Enuresis zur Produktion von zu viel Urin in der Nacht. Man spricht von nächtlicher Polyurie, sobald die Harnmenge mehr als 130 Prozent des altersgemässen Blasenvolumens* überschreitet.
Ungenügende Blasensteuerung	Bei Kindern mit Enuresis wird der Blasenentleerungsreflex während des Schlafs nicht ausreichend unterdrückt; verantwortlich für dieses Phänomen ist eine noch ungenügende Ausreifung des Miktionssteuerungszentrums im Hirnstamm.

\*Das altersgemässe Blasenvolumen errechnet sich wie folgt:  $(\text{Alter} \times 30) + 30 = \text{Blasenkapazität in ml}$

Des Weiteren wird die Überweisung zum Spezialisten empfohlen, wenn eine adäquate Therapie nach 6 Monaten nicht den gewünschten Erfolg bringt.

**Verhaltensmassnahmen**

Allgemeine Verhaltensmassnahmen sind sowohl bei Enuresis als auch bei Inkontinenz sinnvoll. Hierzu gehören Beratung und Aufklärung, insbesondere auch der Hinweis, auf koffeinhaltige Getränke zu verzichten, nicht aber die Trinkmenge an sich einzuschränken. Viele Eltern versuchen, Enuresis und Inkontinenz ihrer Kinder durch Restriktionen beim Trinken in den Griff zu bekommen – ein falscher Weg, denn zu wenig Trinken kann die Blasenfunktion verschlechtern. Kinder, die von den Eltern für «trockene» Nächte belohnt oder nachts zum Harnlassen geweckt werden, werden schneller trocken. Trotzdem sind diese Strategien nicht empfehlenswert. Vielmehr sollte erwünschtes Verhalten belohnt werden, das eine Enuresis unwahrscheinlicher macht (z.B. adäquates Trinken, Harnlassen vor dem Zubettgehen).

Tagsüber sollten Kinder ihre Blase alle zwei bis drei Stunden entleeren. Für eine gute Miktion ist es wichtig, dass die Kinder bequem und entspannt sitzen können und sich genügend Zeit lassen. Auf keinen Fall darf man Kinder dazu auffordern, ihren Harndrang möglichst lange zu unterdrücken.

Ein wichtiger Punkt ist auch die Obstipation, die es in jedem Fall zuerst zu beseitigen gilt.

**Alarmsysteme**

Alarmsysteme (z.B. Rapido-sec®, YNA®, VibraMeth®) sind die erste Wahl bei Enuresis. Sie sind in gut zwei Drittel der Fälle erfolgreich, und fast die Hälfte der damit erfolgreich trocken gewordenen Kinder bleibt das auch langfristig. Das Prinzip der Alarmsysteme beruht auf einem Sensor (z.B. in der Pyjamahose), der bei Feuchtigkeit Alarm auslöst und das Kind aufweckt, damit es zur Toilette gehen kann. Falls innert 6 Wochen keinerlei Besserung mit den Alarmsystemen eintritt, ist ein Erfolg dieser Therapie eher unwahrscheinlich. Das Alarmsystem sollte maximal 4 Monate lang verwendet werden beziehungsweise kürzer, sofern das Kind 14 Tage lang ohne Unterbrechung in der Nacht trocken geblieben ist.

Alarmsysteme sind zwar sehr wirksam, können zugleich aber die Nachtruhe der ganzen Familie erheblich beeinträchtigen. Sie sind deshalb hoch motivierten Kindern und Familien vorbehalten. Faktoren wie mangelnde Kooperation, enge Wohn-

verhältnisse, familiärer Stress oder besonders hohes Störpotenzial eines nächtlichen Alarms (z.B. wenn die Eltern früh zur Arbeit müssen) gelten als Kontraindikationen.

**Desmopressin**

Medikamente kommen bei Enuresis frühestens für Kinder ab 5 Jahre infrage, wobei Verhaltensmassnahmen immer Bestandteil der Therapie bleiben. Medikament der Wahl ist Desmopressin oral (Minirin®, Nocutil®) oder sublingual (MinirinMelt®). Es handelt sich um ein synthetisches Analogon des Vasopressins (antidiuretisches Hormon; ADH), welches die Harnproduktion hemmt.

Desmopressin ist insbesondere auch für einen kurzfristigen Einsatz geeignet, wenn das Kind zum Beispiel auswärts übernachtet oder einen Schulausflug unternimmt. Die Behandlung mit Desmopressin kann bis zum ersten Absetzversuch 3 Monate lang dauern; weitere Absetzversuche sollten regelmässig durchgeführt werden.

Das Medikament ist gut verträglich. Nebenwirkungen wie Kopf- oder Bauchschmerzen sind selten. Wegen der sehr seltenen, aber gefährlichen Nebenwirkung Wasserintoxikation und/oder Hyponatriämie sollte die Flüssigkeitsaufnahme eine Stunde vor bis acht Stunden nach der Einnahme eingeschränkt und auf das Durstlöschen reduziert sein.

**Andere Medikamente und Therapien**

Imipramin (Tofranil®) ist für die Behandlung von Enuresis nach dem 6. Altersjahr zugelassen, falls andere Behandlungen als nicht geeignet angesehen werden. Aufgrund des breiten Nebenwirkungs- und Interaktionsspektrums bleibt es jedoch allenfalls therapieresistenten Fällen vorbehalten.

Es gibt nur wenige, kleine Studien zu alternativen Therapien wie Hypnose oder Akupunktur; demnach ist Akupunktur genauso wirksam wie Desmopressin, und Hypnose ist ähnlich wirksam wie Imipramin.

Psychotherapie bei Enuresis wird nur dann empfohlen, wenn das Kind tatsächlich psychische Probleme hat, die eine Psychotherapie erforderlich machen; Enuresis ist per se keine Indikation für eine Psychotherapie. ❖

**Renate Bonifer**

Caldwell PHY et al.: Management of nocturnal enuresis. BMJ 2013; 347: f6259.

Interessenlage: Die Autoren des BMJ-Reviews geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.