

Pipi in der Hose

Sind Kinder über fünf Jahre noch nicht trocken, hat das viele Gründe. Hilfe gibt es in jedem Fall.

Etwa 15 % der Kinder über fünf Jahre sind noch nicht trocken. Bei familiärer Vorbelastung erhöht sich das Erkrankungsrisiko des Kindes sogar auf rund 40 bis 77 %. Erfreulicherweise kommt es jährlich bei etwa 15 % der Kinder zu einer Spontanheilung. Somit sind bis zur Pubertät nur noch knapp 2 % der Kinder von der sogenannten Enuresis betroffen.

Ursachen sind vielfältig

Mediziner unterscheiden verschiedene Formen des Bettnässens. Bei der monosymptomatischen Enuresis kommt es nach dem fünften Lebensjahr in mindestens zwei Nächten pro Monat noch zum nächtlichen Einnässen. Bei der kindlichen Inkontinenz nassen die Kinder am Tag zwischen den Toilettengängen ein und in der Nacht.

Des Weiteren unterscheiden Mediziner eine primäre Form, bei der das Kind noch nie trocken war, von einer sekundären Form, bei der das Kind nach einer mindestens sechsmonatigen trockenen Phase wieder einnässt. Gemeinsam ist allen Formen die hohe Belastung, die mit der Erkrankung einhergeht. Den Kindern, aber auch den Eltern, ist das Einnässen sehr unangenehm, sodass es oft zum Tabuthema wird. Es ergeben sich Einschränkungen im gesellschaftlichen Umfeld, wie zum Beispiel die Scheu vor mehrtägigen Klassenfahrten oder Übernachtungen bei Freunden.

Die Ursachen sind vielfältig. Ein zu

tiefer Schlaf, Hormonmangel (ADH), falsches Trinkverhalten, ein zu geringes Fassungsvermögen der Harnblase, Harnwegsinfekte, Vererbung und auch psychische Faktoren können verantwortlich sein. Tagsüber zögern viele Kinder das Wasserlassen zu lange hinaus, zum Beispiel bei Ablenkung beim Spielen, sodass es dann zu einem unwillkürlichen Urinverlust kommt.

Wasserlassen protokollieren

Bevor eine Therapie eingeleitet wird, muss unbedingt eine genaue Diagnostik durchgeführt werden. An erster Stelle steht das Arzt-Patient-Gespräch, bei dem nach Einnäss-Beginn und -häufigkeit, Trinkverhalten, Stuhlgewohnheiten, Vorerkrankungen, familiärer Häufung und der psychologischen Gesamtsituation gefragt wird. Die meisten Erkenntnisse liefert das Miktions-Trink-Stuhl-Protokoll, welches gemeinsam mit den Eltern über 24 Stunden geführt werden sollte. Es gibt Auskunft über den Tagesablauf mit Schlafens- und Aufstehzeit und dem Trinkverhalten wie Menge und Uhrzeit. Auskunft gibt ein solches Protokoll, aber auch über das Miktionsverhalten mit Häufigkeit, Volumen und Zeitpunkt des Einnässens. Aufgeführt werden außerdem die Nachharnmengen und die Stuhlgewohnheiten mit Häufigkeit und Konsistenz. Des Weiteren müssen in einer klinischen Untersuchung Auffälligkeiten im Bereich des äußeren Genitales wie Vorhautenge oder Harnröhrenenge und des unterem Rückens ausgeschlossen werden. Eine Urinuntersuchung, um Harnwegsinfekte nicht zu übersehen, ist ebenfalls nötig. Zusätzlich erfolgt eine Ultraschalluntersuchung der Nieren und der Blase und eine Restharnbestimmung. Abhängig von den Untersuchungsergebnissen kann in Einzelfällen noch speziellere Diagnostik nötig werden.

Schrittweise trocken werden

Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung sind die Motivation des Kindes und die Mitarbeit der Eltern, aber auch eine gewisse Portion an Geduld. Es sollte mit einem Belohnungsschema für trockene Tage bzw. Nächte gearbeitet werden, damit für das Kind ein Anreiz zum Trockenwerden geschaffen wird.

■ Erster Schritt ist das Erlernen bestimmter Verhaltensmaßnahmen:



Die Ultraschalluntersuchung der Blase liefert wichtige Informationen über die Blase selbst und ihr Speichervolumen. Foto: www.initiative-trockene-nacht.de

Die Haupttrinkzufuhr sollte in der ersten Tageshälfte stattfinden. Zwei Stunden vor dem Zubettgehen darf, wenn überhaupt, nur noch eine ganz geringe Menge zugeführt werden. Vor dem Schlafengehen sollte die Blase noch einmal entleert werden. Allein durch diese Verhaltensmaßnahmen werden bereits 10 bis 20 % aller Enuretiker trocken.

■ Sollte sich anhand der Protokolle eine „zu kleine Blase“, also zu geringe Blasenfüllungsmengen ergeben, kann eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden. Die erwartete Blasenkapazität errechnet sich aus dem Alter des Kindes in Jahren multipliziert mit 30 plus 30. Das Medikament wirkt sich auf den äußeren Blasenmuskel aus und ermöglicht ein längeres Hinauszögern der Miktions- und so eine Vergrößerung der Blasenkapazität.

■ Wenn sich normale Miktionsvolumina anhand der Protokolle ergeben, kann das sogenannte Alarmsystem mittels einer „Klingelmatte oder -hose“ zum Einsatz kommen. Jedes nächtliche Einnässen löst einen Alarm aus, durch den im besten Fall das Kind selber wach wird, um dann auf die Toilette zu gehen. Meist ist jedoch die Unterstützung der Eltern nötig, um die Kinder zu wecken und zur Toilette zu schicken. Durch ein unterbewusstes Lernverhalten lernen die Kinder, bei Eintritt des Miktionsreizes die Miktions- zu unterdrücken oder bereits vor dem Einnässen aufzuwachen. Die Alarmtherapie muss meist über drei bis sechs Monate durchgeführt werden, hat dann jedoch Erfolgsquoten von 60 bis 70 %.

■ Eine sogenannte nächtliche Polyurie liegt vor, wenn die nächtliche Urinausscheidung mehr als

130 % der erwarteten Blasenkapazität beträgt oder die nächtliche Urinausscheidung bei mehr als 33 % der 24-Stunden-Harrrmenge liegt. Zur Bestimmung der Nachharnmengen müssen die Kinder zweimal nächtlich geweckt werden, um das Blasenvolumen mit einem Messbecher zu bestimmen oder alternativ die Windel gewogen werden. Zwei nächtliche Miktionsvolumina zusammen mit dem Morgenurin ergeben die Nachharnmenge. Bei einer zu hohen nächtlichen Harnproduktion kann eine Therapie mit dem Arzneistoff Desmopressin eingeleitet werden, die wie das antidiuretische Hormon (ADH) wirkt und die nächtliche Harnproduktion senkt. Die Erfolgsraten liegen bei 75 bis 85 %. Hierbei sind unbedingt die richtige Anwendung und Nebenwirkungen zu beachten.

Insbesondere bei der sekundären Enuresis kann eine psychologische Betreuung sinnvoll sein. So können gestörte Beziehungsmuster, mögliche Konflikte und Stress-Situationen in der Familie erkannt und gelöst werden. Soziale Kompetenzen, Eigenständigkeit und Selbstwertgefühl sollen so gestärkt werden. ■

Organische Reife

Um die Miktions-, also das Wasserlassen, willkürlich steuern zu können, sind Reifungsprozesse nötig:

■ Durch das Wachstum der Blasen-Schließmuskleinheit in den ersten Lebensjahren steigt die während einer Blasenentleerung (Miktions-) ausgeschiedene Urinmenge, während die Anzahl der Blasenentleerungen an einem Tag sinkt.

■ Durch die Reifung des Nervensystems entwickelt sich die Fähigkeit, den Reiz zur Blasenentleerung bewusst zu unterdrücken oder die Blase zu entleeren, auch wenn sie nicht voll ist.

■ Eine tageszeitabhängige Kontrolle der Harnproduktion entwickelt sich bis zum vierten Lebensjahr. Über einen Anstieg des sogenannten antidiuretischen Hormons (ADH) wird die nächtliche Harnproduktion reduziert.



Unsere Autorin:
Prof. Dr. med. Sabine Kliesch, Fachärztin für Urologie und Andrologie und medikamentöse Tumorthherapie