

Vått og ubehagelig

– men ikke håpløst

AV INGVILD MENES SØRENSEN



Ingvild Menes Sørensen

f 1969, medredaktør i Utposten. Uteksaminert fra UiTø 1998. Tre år som allmennpraktiker og helsestasjonslege etter turnus. Nå ansatt som ass. lege ved barneavdelingen, Sykehuset Levanger.

Vi kjenner til det alle sammen, fra egen praksis, fra helsestasjonen, eller kanskje hjemmefra – barna som væter seg, enten om dagen eller om natten. I Norge er det nå en snittalder for full kontinens på dagtid på 3,5 år og på natt 4,5 år. I en studie av barn født i 1940 var 61 prosent tørre allerede ved 1,5 års alder. Sammenlignet med barn født i 1970 var denne

prosentatsen nede i 22. Det er lansert flere teorier om årsaken til denne utviklingen. – De nye bleiene holder fukten så godt unna at barna ikke kjenner de er våte. De har dermed heller ikke noe ubehag som stimulerer dem til å slutte med bleien. – Foreldre og barn tilbringer mindre tid sammen slik at vi bruker lengre tid på å lære barnas signal om når de må late vannet.

ILL.: Ferring Norge AS
Gjengitt med tillatelse



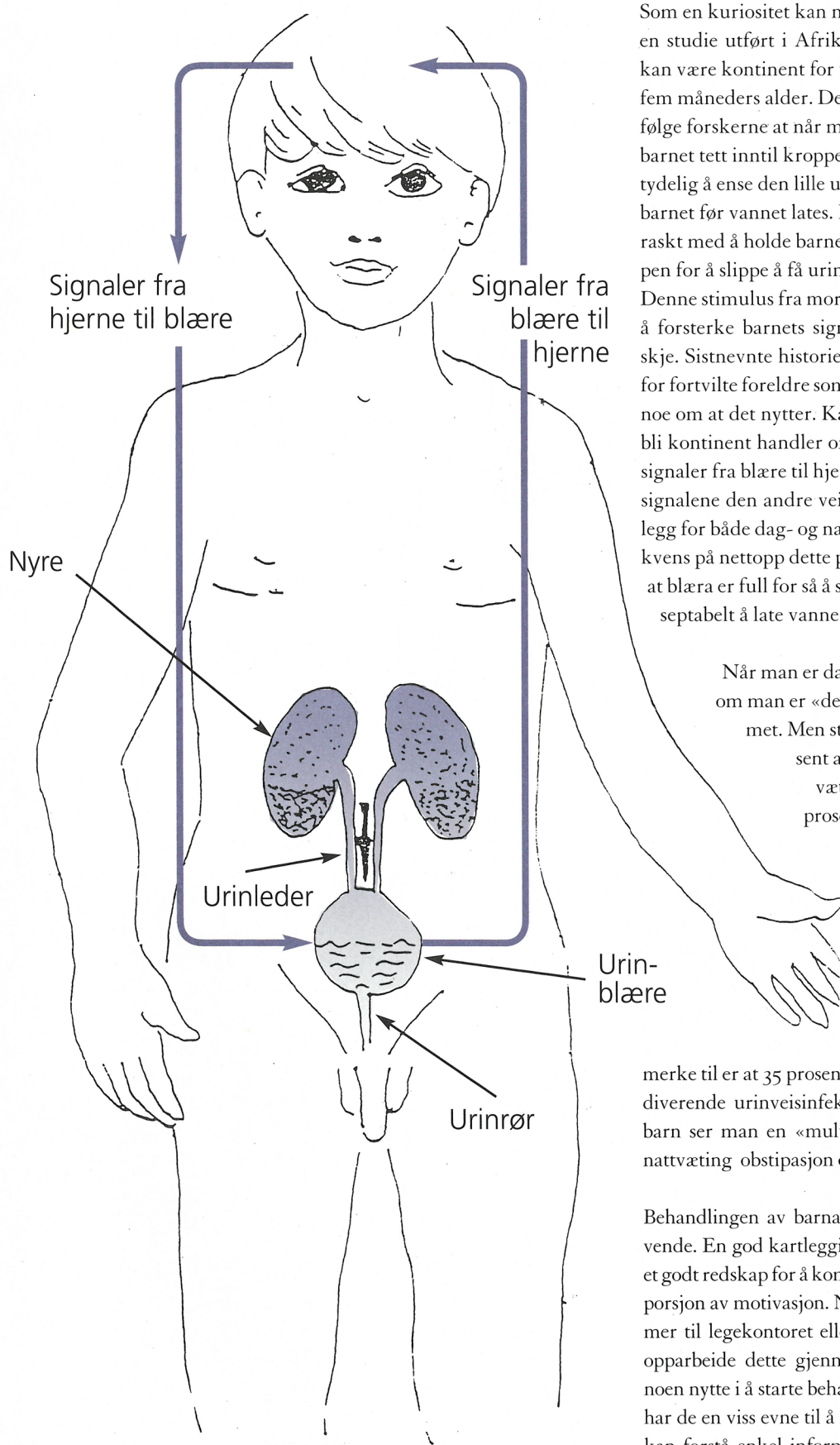


FIG. 1. Enkel skisse over anatomi og fysiologi ved vannlating

Som en kuriositet kan nevnes at i følge en studie utført i Afrika, ser man at barn kan være kontinent for urin allerede i fem måneders alder. Dette skyldes i følge forskerne at når mor bærer barnet tett inntil kroppen, klarer hun tydelig å ense den lille uroen som er i barnet før vannet lates. Hun reagerer raskt med å holde barnet ut fra kroppen for å slippe å få urinen på seg. Denne stimulus fra mor er igjen med på å forsterke barnets signaler og bevissthet om at noe skal skje. Sistnevnte historie er kanskje ikke den vi presenterer for fortvilte foreldre som ikke får sitt barn tørt, men den sier noe om at det nytter. Kanskje sier den også noe om at det å bli kontinent handler om å oppøve evnen til å bevisst tolke signaler fra blære til hjerne og videre få et bevisst forhold til signalene den andre veien også. De fleste behandlingsopplegg for både dag- og nattvætere bygger i sin ytterste konsekvens på nettopp dette prinsippet – at barnet skal bli bevisst at blæra er full for så å selv kunne kontrollere om det er akseptabelt å late vannet eller ikke.



Når man er dag- eller nattvæter kan det føles som om man er «den eneste i verden» med dette problemet. Men statistikken sier noe annet. 15–20 prosent av dagens femåringer er fortsatt nattvætere. Ved sju år er tallet redusert til ti prosent og ved 14 år to prosent. Felles for alle aldersgrupper er at det er noe flere gutter enn jenter. Ved dagenurese er dette motsatt. Her er jentene i flertall. Dagtidenurese har en prevalens på seks-sju prosent hos sju-åringer og fire-fem prosent hos 10–11-åringer. En like viktig sak å legge merke til er at 35 prosent av alle dagvætere og barn med residiverende urinveisinfeksjoner har obstipasjon. Hos en del barn ser man en «multiproblematikk» med både dag- og nattvæting obstipasjon og evt enkoprese.

Behandlingen av barna kan være tid- og tålmodighetskrevene. En god kartlegging vil være et godt utgangspunkt og et godt redskap for å komme til mål. Barna selv trenger en viss porsjon av motivasjon. Noen har denne allerede når de kommer til legekantoret eller helsestasjonen, men de fleste kan opparbeide dette gjennom god veiledning. Det er sjelden noen nytte i å starte behandling før barnet er seks år. Da først har de en viss evne til å samarbeide om teoretiske ting, og de kan forstå enkel informasjon, (f.eks anatomi; fig 1) som er nyttig for deres egen jobbing med problemene.

						
DATO	NÅR DU STÅR OPP	LUNCH	SFO/SKOLE	MIDDAGSTID	BARNE-TV	VED SENGETID

FIG. 2. Skjema for faste tissetider

Kartlegging – hvor mye, hvor ofte

De fleste foreldre tror de har en viss oversikt over barnets rytmer og problemer. Jeg vil likevel hevde at man ikke har en god oversikt over problemets omfang før man har en eksakt registrering av vannlatings- og avføringsrutiner samt vætninger og eventuelle avføringslekkasjer. En slik registrering kan man få til over en ukes tid i første omgang. Det vil si at barn og foreldre får «hjemmelekkse» etter første oppmøte hos legen.

Hos rene nattvøtere, er det sjelden misdannelser og infeksjoner som ligger til grunn for problemet. Det er som regel også alltid en normal blærefunksjon. En somatisk undersøkelse er derfor strengt tatt ikke nødvendig. Det kan likevel være greit – også av rent pedagogiske årsaker – å gjøre en enkel undersøkelse. Denne bør inneholde en ordinær status inkludert undersøkelse av ytre genitalia. I tillegg en enkel nevrologisk undersøkelse med inspeksjon av ryggstøyle, dype senereflekser og sensibilitet i undereks samt en rektaleksplorasjon hvor du gjør deg opp en mening om sfingtertonus. For dagvøtere og enkopresepasienter er en slik somatisk status obligatorisk. En enkel urinstix hører med hos alle.

Dagvøtere og barn med residiverende urinveisinfeksjoner vil kreve en ytterligere utredning med blant annet blærefunksjonsundersøkelser. Dette må gjøres på sykehus eller i pediatrik poliklinikk. Fastlegen eller helsestasjonslegen kan starte utredningene med å rekvirere en UL nyre/urinveier. Denne undersøkelsen er uproblematisk for barnet å være med på, og den kan gi en god, første pekepinn om det foreligger anatomiske misdannelser som er med å forverre, evt er årsak til problematikken. Ved mistanke om infeksjoner er det viktig å sikre seg dyrkningsresultat av urinprøvene. Det er ingen sikker UVI før man har et positivt dyrknings svar. En del pasienter går rundt med den misforståelsen at de lider av hyppig blærekatar utfra flere stix med

uspesifikke funn som passer med kliniske symptomer på aktuelle tidspunkt, uten at det er påvist signifikant mengde med bakterier ved dyrkning.

Behandlingsstrategier

Denne artikkelen er ikke ment å gi en uttømmende gjennomgang av behandlingsalternativer. Det finnes allerede en del gode artikler med konkrete behandlingsforslag av disse pasientgruppene, blant annet i Tidsskriftet 1/2001. En rekke firmaer har også laget gode registreringsskjemaer og «belønningskalendere» til bruk for familiene.

Jeg ønsker her å sette opp noen enkle guidelines og hovedprinsipper i motivasjonsterapi og blæretrening. Det er allerede nevnt alder for oppstart av behandling, og jeg vil holde fast ved at det sjelden er aktuelt å begynne før barnet er seks år. Det er da lettere for dem å samarbeide, og å selv være delaktig i prosessen som settes i gang. De kan også lettere ta del i den jobben de selv må gjøre (det å gå på do). Foreldrene blir påminnere og støttespillere. Kartleggingen som barnet og foreldrene har gjort hjemme må ligge til grunn for videre strategier. Den forteller oss om barnet har ett enkelt problem eller om det er sammensatt med flere faktorer. I sistnevnte tilfelle er det viktig å fokusere på én del om gangen. Det er en aldri så liten jobb du setter barnet i gang med. Skal en forvente at de holder motivasjonen oppe, må de ikke ha for mye på en gang.

Laktulose og regelmessighet

Til tross for ulike problemstillinger (nattvøting, dagvøting, UVI, enkoprese), er det to ting man aldri må glemme. 35 prosent av alle dagvøtere og barn med residiverende UVI er obstipert. Skal man få en blære til å fungere, må den ha sin tilmålte plass. En tarm full av avføring, trenger derfor å behandles først. Det er ikke alle pasienter som tenker på treg avføring som noe problem. Men hvis registreringen viser at barnet har avføring to–tre ganger i uken, bør det ringe en

bjelle hos legen. Det bør være lav terskel for bruk av laktulose og liknende bløtgjørende avføringsmidler. Også småkattete eller løsaktig avføring som stadig går i buksa (enkoprese), kan være et tegn på obstipasjon. Denne *skal* behandles først. Gjerne også med oppfordring om regelmessige «trykketider» en til to ganger i døgnet.

Vi er nå over i det neste stikkordet: *regelmessighet*. Faste tissetider på dagen inngår som en viktig del av behandlingen for flere typer lidelser. Også nattvætere profiterer på faste rutiner på dagtid. Har barnet en kombinasjon av dag- og nattvæting, er det viktig å ta seg av dagtidsproblematikken først. Med regelmessige tider, legger man gode vaner for å unngå at barnet «glemmer» å gå på do. Også de med hyppige vannlatinger har nytte av dette mønsteret. Da gjerne med en påminning om å ta seg god nok tid på toalettet slik at blæren blir skikkelig tømt. La barnet være med å legge opp til tidspunkt som passer best (fig 2). De fleste bør ha fem–seks toalettbesøk pr dag. Det er selvfølgelig lov til å gå oftere hvis trangen er der. Barn skal ikke gå å holde seg.

Det kan medføre ufordelaktig utvidelse av blæren. Målet er likevel det antall ganger som er avtalt. Mellom hver kontroll bør barnet, sammen med foreldrene, ha fylt ut minst ett til to ukes skjemaer med oversikt som beskrevet under avsnittet om kartlegging (se også figur 2)

Oppsummering

Momentene over her er ment som en gjennomgang av viktige prinsipper som bør ligge i bunnen i all enuresebehandling. For nattvætere fins det som kjent andre metoder som medikamentell behandling og alarmbehandling. Sistnevnte både i form av matter og trusealarm. Dette kan gjerne komme inn i behandlingen etter hvert. En del foreldre velger å ta barnet opp om natten for å unngå våte sengeklær. Hvis man treffer på rett og får barnet til å tisse, er det selvfølgelig en besparelse i form av mindre klesvask. Det er likevel viktig å være klar over at en slik «prosedyre» ikke har vist å gjøre barnet raskere fri for sin nocturi. Kanskje nyttig å vite for de familiene som er utslitt av å stå opp gjentatte ganger i løpet av natten «i tilfelle barnet må tisse».

ILL.: Ferring Norge AS
Gjengitt med tillatelse



Trygderettigheter

Trygdekantoret gir rettigheter etter blåreseptordningen § 3.1 til inkontinens-utstyr for

- barn > 8 år med nattvæting
- barn > 5 år med dagvæting

Sengebeskytter kan være greit, men bleier bør kun brukes i korte «avlastningsperioder» for barn som trenger lang tid på å nå målet om full kontinens.

Grunnstønad: Ved «kun» enurese som problem er det sjelden man når opp til grunnstønadens minstesats. Rettigheten kan likevel bli gjeldende hvis barnet i tillegg har andre diagnoser som fører til mer-utgifter.

Dagvætere krever en noe nøyere utredning (se over), og også her finnes mulighet for medikamentell behandling i ekstreme tilfeller. Motivasjonsbehandling og blåretrening er imidlertid bivirkningsfri, og det er ingen ting i veien for at man starter opp dette ute i praksis før man kjenner den eksakte årsaken til problemet.

Ikke alle barn med urinveisinfeksjon væter seg. Jeg har likevel valgt å nevne gruppen her fordi hovedprinsippene med regelmessige avføringsrutiner og regelmessige vannlatingstider er god forebygging for disse barna. Ved minst tre verifiserte (ved dyrkning) UVI hos jenter og en UVI hos gutter i løpet av ett år, skal barnet i tillegg følges opp med UL nyre/urinveier og eventuelt en miksjonscystografi eller gammacystografi. Sistnevnte undersøkelser gir god informasjon om blant annet tilstedeværelse av vesikouretral reflux og er spesielt indisert etter øvre UVI. (Obs! Se artikkel om strålehygiene s. 11–13).

Så var ikke overskriften myntet på høstværet likevel, men ta den gjerne med deg til det også. Og lykke til i ditt motivasjonsarbeid for de håpefulle små.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no

C Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

T Tabletter 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopram 5 mg eller 10 mg (som oksalat). Filmrasierte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralex administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Alvorlige depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2–4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maksimal effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2–4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Eldre (> 65 år):** Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Nedsatt leverfunksjon eller sakte metabolisere:** av CYP2C19: Startdose 5 mg daglig de første to behandlingssukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over en eller to uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de to første behandlingssukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Escitalopram bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale anti-diabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, chirottiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (for eksempel atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), ticlopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødnings-tendens. På grunn av begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A hemmere anbefales generelt ikke på grunn av risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder Johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt risikoen av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min.). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Da alle psykoaktive legemidler kan påvirke vurderingssevnen og evnen til å utføre oppgaver, bør pasientene informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversible MAOH (selegelin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegelin i doser opp til 10 mg/dag har vært gitt sammen med escitalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampeterskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psykoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmanivåene. (I: N06A B escitalopram).

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Cipralex bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Amning:** Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk citalopram; svimmelhet, hodepine og kvalme. De er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blind, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigert for placebo. **Svært hyppige: (>1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. **Hyppige (>1/100):** Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Nervesystem: Søvnløshet, sømnløshet, sømnløshet, sømnløshet. Respiratoriske: Sinusitt, gjesping. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige (>1/1000):** Nervesystem: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Syn: Synsforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørrhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Kramp, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nervøsitet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktoré, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymoser, kløe, angioødem, svette.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, kramp, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmi, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolose, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. **Behandling:** Ingen spesifik motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Empac: 28 stk. kr 132,10.

10 mg: Empac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70. Boks: 200 stk. kr. 1427,20.

Endose: 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

1. Sorbera LA et al. Drugs of the Future 2001; 26(2): 15–20.
2. Gorman JM et al. CNS Spectrums, April 2002, volume 7(suppl 1): 40–44.
3. Wade A et al. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17: 95–102.
4. Lepola UM et al. Int Clin Psychopharmacol 2003; 18: 211–217
5. Francois C et al. Eur J Health Econom 2003; 4: 12–19
6. Burke et al. J Clin Psychiatry 2002; 63:4: 331–336
7. Preparatomtale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.