

Einnässen

Allgemeine Informationen:

- Mit etwa 4 Jahren meist gute Kontrolle über Blasenfunktion möglich. Blasenkontrolle tagsüber wird eher erreicht als nachts.
- Einnässen im Kindesalter = Harninkontinenz (unwillkürlicher Urinverlust)
- Physiologische Harninkontinenz bei Kindern unter 5 Jahren
- unwillkürlicher Urinverlust tagsüber = *nicht organische (funktionelle) Harninkontinenz* nach Ausschluss struktureller Anomalien des Harntrakts oder anderer Erkrankungen bei einem Kind ab 5 Jahren (Begriff der Enuresis diurna wird nicht mehr verwendet)
- *Enuresis nocturna* = Einnässen im Schlaf (primär: Kind war im Schlaf noch nie trocken, sekundär: Kind war im Schlaf schon einmal >6 Monate trocken)
- Häufige Enuresis = Einnässfrequenz ≥ 4 Nächte/Woche, seltene Enuresis = Einnässfrequenz ≤ 4 Nächte/Woche
- Kontinuierliches vs. sporadisches Auftreten der Enuresis
- Bei sporadischem Auftreten: Bezeichnung als Störung, wenn mindestens 1 Einnässereignis pro Monat über eine Dauer von 3 Monaten, bei Auftreten seltener als 1 x pro Monat handelt es sich um ein Symptom, nicht um eine Störung.

Ursachen

- *Einnässen am Tag*: unregelmäßige Toilettengänge und Zurückhalten des Harns: Angewohnheit des Vermeidens (wiederholte Handlungen des Kindes, um akuten Harndrang zu unterdrücken, wie z. B. das Überkreuzen der Beine, das Abdrücken und Festhalten am Genitale sowie das Sitzen auf Fersen)
- *Einnässen im Schlaf*: tiefer Schlaf (das Kind wacht nicht auf, wenn die Blase voll ist), erhöhte Urinproduktion während des Schlafes, zu kleines alterstypisches Fassungsvermögen der Blase
- Soziale Stress-Situationen, wie z. B. neue Geschwister, alleine schlafen, Eintritt in die Schule, Krise in der Familie, Verlustereignisse oder ein Unfall können Enuresis auslösen. Kinder, die trocken gewesen sind, können beginnen, wieder einzunässen nachdem sie ein dramatisches Erlebnis in ihrem Leben hatten → bei vorher guter Blasenkontrolle häufig spontane Verbesserung des Zustandes in kommenden Wochen oder Monaten → unterstützende Maßnahmen (siehe Therapie) sowie Verständnis durch Eltern dabei äußerst wichtig.

Diagnostik:

- Anamnesegespräch (inklusive Familienanamnese: familiäre Prädisposition?)
- Trink- und Toilettenprotokoll
- Körperliche Untersuchung
- Urinuntersuchung (Mittelstrahlurin)
- Ultraschall von Blase und Nieren mit Restharnbestimmung
- Fragebogen auf psychische Symptome

Therapie (so genannte Urotherapie)

- Blasentraining: möglichst rasch bei Harndrang auf die Toilette gehen. Auf der Toilette dann den Urin so lange wie möglich anhalten und erst dann, wenn es gar nicht mehr geht, urinieren, dann wieder anhalten, und dann wieder loslassen bzw. urinieren. Diese Übung stärkt den Schließmuskel und gibt den Kindern das Vertrauen, dass sie es bis auf die Toilette schaffen können, bevor sie sich einnässen. Im Verlauf dann schrittweise Verlängerung der Blasenentleerungsabstände
- Alternativ: fester Trink- und Toilettenplan nach Alter und Gewicht: alle 2-3 Stunden etwas Trinken und auf Toilette gehen (Miktionsaufschub vermeiden!)
- kindgerechte Aufklärung und Übungen für die frühzeitige Wahrnehmung der Blasenfüllung und des Harndrangs („Wahrnehmungstraining“, „Spürübungen“)



GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE

- 7-Becher-Regel“: über den Tag verteilt sollen 7 Becher mit je 150 – 200ml je nach Alter getrunken werden, die letzte Portion etwa 2 Stunden vor dem Schlafengehen
- KEINE radikale abendliche Flüssigkeitsrestriktion, Medikamente, Vorwürfe und Bestrafungen (starke psychische Belastung)
- Beckenbodentraining

→ Ziele der Urotherapie: Aufklärung, Entlastung und Abbau von Schuldgefühlen, Stärkung der Selbsthilfekompetenz, Verbesserung des Körperbewusstseins, Beseitigung der Inkontinenz, Steigerung der Lebensqualität!

- Bei Enuresis nocturna zusätzlich zur Urotherapie Registrierung trockener und nasser Nächte in einem Plan für etwa 4 Wochen, bei ausbleibender Besserung Therapie mit apparativer Verhaltenstherapie („Klingelhose“) oder Desmopressin
- Ggf. kinderpsychologische Mitbeurteilung