

Lapsen yökastelun hoito

Yökastelu eli toistuva unenaikainen tahaton virtsan karkaaminen viisivuotiaalla tai sitä vanhemmalla lapsella ei tavanomaisesti ole sairaus vaan kuuluu lapsen kehityksen ja kypsymisen normaaliin vaihteluun. Vaikkakin suurin osa lapsista tulee yökuiviksi ennen kouluikää, lähes 10 % seitsemänvuotiaista kastelee ja noin 3 % säännöllisesti. Yökastelun tausta on monitekijäinen ja osin vielä tuntematon. Useilla lapsilla taustalla voi olla perinnöllinen taipumus, runsas unenaikainen virtsaneritys tai kyvyttömyys herätä unen aikana virtsaamistarpeen tunteeseen. Yökastelu ei yleensä vaadi erityistutkimuksia, joten sen arviointi ja hoito kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Vaikka yökastelu ei ole sairaus, voi oire olla lapselle tai perheelle sietämätön, jolloin apu on tarpeen. Hoitovaihtoehtoina tulee kysymykseen joko kasteluhälytin tai desmopressiini-lääkitys. Molemmat vähentävät yhtä tehokkaasti yökastelun määrää, mutta hälytinhoito johtaa todennäköisemmin kuivana pysymiseen hoidon lopetuksen jälkeen. Osalla lapsista yökastelu on osa monimutkaisempaa ongelmaa, jolloin erikoissairaanhoidon arvio voi olla paikallaan. Yökastelijoista noin 1 % kastelee säännöllisesti aina aikuisikään asti hoitoyrityksistä huolimatta.

Yli viisivuotiaan lapsen toistuva yökastelu voi olla lapselle itselleen tai perheelle huolestuttava ja häiritsevä asia. Tilanteeseen saattaa liittyä sosiaalisen elämän rajoittumista kastelun vuoksi, alemmuuden tunteita ja häpeää. Asia voi myös aiheuttaa tarpeetonta jännitettä lapsen ja vanhempien välisiin suhteisiin tai epätasa-arvoa monilapsisen perheen lasten välille. Yökasteluun liittyy myös usein lisääntynyt huolehtimisen tarve ja jonkin verran taloudel-

lisia lisäkustannuksia kuivana pysyviin ikätoveihin verrattuna.

Lapsen yökastelun hoito on aiheellista, jos kastelu aiheuttaa lapselle itselleen hämmennystä tai harmia, mutta se on vain harvoin tarpeen vanhempien kiusaantuneisuuden vuoksi. Koska lapsen yökastelu on taustaltaan monitekijäinen ja osin tuntematon, on yökastelusta kärsivä lapsijoukko varsin heterogeeninen, ja vastaava monimuotoisuus on nähtävissä myös hoitovaihtoehtoissa. Valitettavasti vain joidenkin yökastelun hoitovaihtoehtojen tehoa on selvitetty kontrolloiduissa tutkimuksissa (Glazener ja Evans 2002 ja 2004, Glazener ym. 2003a, b ja 2005). Tutkimusten vertailtavuutta ja tulosten kritiikkiä on myös tuotu esille äskettäin (vande Walle ja van Laecke 2008). Lapsen yökastelun hoitoa on aiemmin käsitelty Duodecimissa noin kymmenen vuotta sitten (Taskinen 1999), ja hyvä katsaus hoitovaihtoehtoihin löytyy myös Evansin (2001) artikkelista.

Milloin en hoida lapsen yökastelua?

Jos lapsi itse ei ole motivoitunut hoitoon tai on iältään alle viisivuotias, ei hoito mielestäni ole aiheellista. Tällöin on parempi vakuuttaa vanhemmat ilmiön vaarattomuudesta ja sen suuresta todennäköisyydestä hävitä itsestään kouluikään mennessä. Yövaippojen tai vuoteen suojan käyttö ei vaikuta kuivaksi tulemiseen, mutta niiden käyttö voi helpottaa suuresti vanhemmille ja lapselle tilanteesta koituvaa ylimääräistä harmia ja huolehtimista.

Yökastelun hoito ei myöskään ole ensisijaista silloin, kun lapsella esiintyy merkittäviä virtsaamiseen liittyviä päiväoireita. Tällöin päiväoireiden tutkiminen ja hoito ovat yleensä etusijalla.

Myös yökastelun toistuvuudella on merki- **2119**

tyksensä. Jos yökastelua esiintyy harvemmin kuin pari kertaa viikossa, ei mielestäni yökastelun aktiivinen hoito ole mielekäästä.

Miten en hoida lapsen yökastelua?

Yökastelun hoitoon on vuosien saatossa suositteltu runsaasti erilaisia hoitoja, joiden tehoa ei ole koskaan osoitettu kontrolloiduissa tutkimuksissa. Niinpä erilaiset rankaisu- tai karaisuhoidot, homeopatia, vyöhyketerapia, akupunktuuri tai hypnoosi yökastelun hoitona perustuvat lähinnä oletukseen tai uskomukseen niiden suotuisasta vaikutuksesta. Tällaisten hoitojen suosittaminen ei kuulu lääkärin toimenkuvaan.

Psykoterapia tai muut psykiatriset hoidot voivat tulla kyseeseen tapauksissa, joissa yökastelu on aiheuttanut lapselle eriaisteisia itsetunnon tai käyttäytymisen ongelmia tai rasittanut pahasti perheen ihmissuhteita. Itse kasteluun psykiatrinen hoito tuskin vaikuttaa, mutta perhe- tai yksilöterapia saattaa olla tarpeen lapsen itsetunnon kohentamiseksi tai perheen vuorovaikutussuhteiden normalistamiseksi.

Miten tutkin lapsen ennen hoidon aloitusta?

Lapsen yökastelun selvityksissä ei tarvita erityistutkimuksia. Jäsennelty ja seikkape-

räinen lapsen ja perheen haastattelu sisältää **TAULUKOSSA 1** esitetyt asiat. Potilaan fyysinen tutkimus kattaa parhaimmillaan kohtalaisen neurologisen arvon, selän ja lantion sekä genitaalien tarkastuksen ja ummetuksen pois sulkemisen. Haastattelun ja tutkimuksen yhteydessä pyrin muodostamaan kuvan lapsen motivaatiosta lähteä hoitoon mukaan ja selvitän perheen hoitotavoitteen. Joillekin tärkeä tavoite on saada yökastelu loppumaan kokonaan, ja toisille taas mahdollisuus lähteä yökouluun ilman riskiä kastelusta on riittävä asia. Tämä viitoittaa myös hoitovaihtoehtojen valintaa.

Miten aloitan yökastelun hoidon?

Lapsen ja perheen on usein hyvä kuulla, ettei yökastelussa ole kyse sairaudesta vaan kypsymiseen liittyvästä ja usein suvussa kulkevas- ta verkkaisuudesta fyysisessä kypsymisessä. Mielestäni on myös hyvä kertoa asian mittasuhteista, ja tässä **TAULUKON 2** tiedoista voi olla apua. Lapsen huojentuneisuus on ajoittain silmännähtävää, kun hänelle kertoo, ettei hän suinkaan ole ainoa Suomessa, joka kastelee vuoteensa öisin.

Koska tiedossani on vain kaksi tutkimuk- sissa tehokkaaksi osoitettua hoitokeinoa (kasteluhälytin tai desmopressiini- lääkitys), sovin seuraavaksi yhdessä perheen ja lapsen

TAULUKKO 1. Yökastelijan arvioinnissa selvittettäviä asioita.

- Kuinka usein ja kuinka paljon kerrallaan lapsi kastelee?
- Ketä kastelu häiritsee ja kuinka paljon?
- Mitä hoitoja on kokeiltu ja millaisin tuloksin?
- Onko lapsella päiväoireita? (Kastelua, tiheävirtsaisuutta, pakko-oireita, pidättelyä tai ummetusta?)
- Onko esiintynyt virtsatulehduksia, ja onko virtsanäyte tutkittu?
- Kärsiikö lapsi runsaasta kuorsaamisesta tai uniapneasta?
- Millaista hoitovastetta halutaan tavoitella?
- Kuinka sitoutuneita lapsi ja vanhemmat ovat mahdollisesti aloitettavaan hoitoon?

TAULUKKO 2. Hyödyllistä tietoa lasten kastelusta.

- 15 % viisivuotiaista kastelee ja heistä kaksi kolmasosaa vain öisin
- 5 % kymmenenvuotiaista kastelee
- 1 % viisitoistavuotiaista kastelee
- 15 %:lla kastelijoista esiintyy myös ummetusta tai tuhrimista
- 15 % kastelijoista paranee itsestään joka vuosi
- 15 %:lla yökastelijoista on myös päiväoireita
- Suomessa arvioidaan olevan noin 30 000 5–17-vuotiaista lasta, joilla kastelu on niin runsasta, että tutkimuksia ja hoitoa tulisi harkita
- Yökastelu on tavanomaisempaa pojilla ja päiväoireet ovat yleisempiä tytöillä
- Yökastelua voidaan hoitaa, mutta hoito ei auta kaikkia, ja osalla kastelu uusiutuu onnistuneenkin hoidon jälkeen

kanssa, kummalla vaihtoehdolla hoitokokeilu aloitetaan toivotun hoitotavoitteen saavuttamiseksi.

Hälytinhoito kannattanee valita silloin, kun tavoitteena on pysyvä kuivaksi tuleminen. Kasteluhälyttimen ja desmopressiini-lääkityksen käytönaikainen teho on lähes yhtäläinen, mutta kasteluhälytinhoito johtaa onnistuessaan todennäköisemmin kuin lääkitys pysyvään kuivaksi tulemiseen. Desmopressiini-lääkitykseen liittyy valitettavasti suuri riski kastelun uusiutumisen onnistu-neenkin hoidon jälkeen.

Desmopressiini-lääkitys valitaan usein silloin, kun perhetilanne ei sovi kasteluhälyttimen käyttöön, tavoitellaan huomaamatonta ja vaivatonta hoitoa tai halutaan mahdollistaa ajoittain yökuivana pysyminen yökyläilyn tai vaikkapa harrastusleirien aikana mutta muu-toin yökastelun hallinta ei ole tarpeen.

Kasteluhälytin

Perhe hankkii usein kasteluhälyttimen itse lait-teiden valmistajilta tai maahantuojilta. Niiden yhteystietoja löytyy vaikkapa Internetin kaut-ta hakusanalla yökastelu. Toinen vaihtoehto on terveyskeskuksen oma laite, joka lainataan terveysasemalta. Tällöin perhe hankkii vuotee-seen tai alusvaatteisiin asetettavat henkilökoh-taiset osat. Uusien hälytinlaitteiden antureita voi myös pitää yövaipassa.

Hälytinhoitoon tulisi sitoutua vähintään kuudeksi viikoksi, koska osa hoitovasteesta voi tulla esiin vasta varsin myöhään. Alusvaat-teissa pidettävät hälytinanturit ovat mieles-täni järjevin vaihtoehto. Ennen nukkumaan menoa lapsi käy virtsaamassa ja hälytin asetetaan toimintaan. Hälytys laukeaa kosteuden vaikutuksesta, joten valitettavasti hikoilu aiheuttaa joskus vääriä hälytyksiä. Yökastelun tapahduttua lapsi käy tyhjentämässä jälleen rakkonsa, ja hälytin asetetaan uudelleen toi-mintaan. Vaikka lapsi ei herää hälyttimen ääneen, ei hoito välttämättä ole toimimaton. Sitä kannattanee jatkaa, koska osalla lapsista tulosta kuitenkin alkaa syntyä viikkojen ku-luessa. Ellei hoitovaste tule selvästi esiin kuu-den viikon kuluessa, on syytä miettiä muita

YDINASIAT

- ▶ Lapsen yökastelu ei ole sairaus eikä aina kaipaa hoitoa vaan häviää ajan kuluessa itsestään.
- ▶ Yökastelun arviointi ja hoito kuuluvat perusterveydenhuoltoon, eikä erityistutkimuksia tarvita.
- ▶ Hoito kannattaa vasta yli viiden vuoden iässä. Hoidoksi on tarjolla joko hälytinhoito tai desmopressiini-lääkitys.
- ▶ Hoidon aikana kuivana pysyy noin kaksi kolmasosaa lapsista. Hälytinhoidon pitkäaikaishyöty on merkittävästi parempi kuin desmopressiinin.

hoitovaihtoehtoja. Hoitokokeilu hälyttimellä voidaan uusia 4–6 kuukauden kuluttua. Eri hälytinlaitteita ei ole ilmeisesti systemaattisesti vertailtu – ainakaan luotettavia julkaisuja ei ole – joten valinta hälytinmallien välillä voi perustua perheen omaan arvioon. Hälyt-timen käytön aikana noin kaksi kolmasosaa lapsista oppii kuivaksi, ja hoidon päätyttyä kuivana pysyy heistä noin puolet. Haittavaikutuksia hoidosta ei ole.

Desmopressiini-lääkitys

Lääkkeistä vain imipramiini ja desmopressiini ovat osoittautuneet lumelääkettä tehokkaamiksi lasten yökastelun hoidossa. Imipramiini ei haittavaikutuksiansa ja toksisuutensa vuoksi ole koskaan saanut Suomessa kovin suurta suosiota yökastelun hoidossa, eikä sitä ole nykyään meillä saatavillakaan. Vaste desmopressiiniin on lähes sama kuin hälytinhoidolla saavutettu, mutta desmopressiinihoidon lopetuksen jälkeen kuivana pysyy merkittävästi pienempi osa. Desmopressiinin harvinaisena mutta vaarallisena haittavaikutuksena on kuvattu vesimyrkytystä, kun lääkkeen oton jälkeen on nautittu runsaasti nesteitä.

Desmopressiini-lääkitys kannattaa valita hoitomuodoksi, jos perhe haluaa nopeaa ja helppoa apua yökastelun loppumiseksi. Lääkitys on syytä aloittaa aina maksimaalisella hoitoannoksella (240 µg yhtenä annoksena ennen nukkumaan menoa). Hoidon tulli-



Kuva: Berit Roald / Scanpix Creative / Lehtikuva

si jatkua yhtäjaksoisesti kaksi viikkoa. Ellei vastetta ilmaannu, lääkitys lopetetaan. Uusi hoitokokeilu on mahdollinen 4–6 kuukauden kuluttua. Jos lääke tepsii, annosta vähennetään viikoittain, kunnes pienin tehokas annos on löydetty.

Miten seuraan ja kuinka kauan hoidan?

Hälytinhoidossa ensimmäinen tilannearvio on hyvä tehdä 3–4 viikon kuluessa ja desmopressiinilääkitystä käytettäessä kahden viikon kuluttua, mutta vanhempia tulee neuvoa ottamaan yhteyttä tarvittaessa ongelmien ilmaantuessa.

Jos hoitona on ollut hälytin, kuukauden kuluttua tarkistetaan vaste ja perheen halu jatkaa. Jos tulosta on syntynyt, voidaan hä-

lytinhoidon vasteen tehostamiseksi käyttää »ylioppimista»: kuivaksi tulon jälkeen lisätään muutamaksi viikoksi iltajuomista, ja jos kastelua ei 1–2 viikon aikana esiinny, hoito voidaan tuloksekkaana lopettaa. Ellei vastetta ole ilmaantunut, jatketaan vielä kuukausi tai kokeillaan desmopressiinia. Hälytinhoito voidaan uusia noin puolen vuoden kuluttua, jos vastetta ei ensimmäisellä kerralla ole saavutettu.

Desmopressiinilääkityksen aloittamisen jälkeen sovitaan ensimmäisellä seurantakäynnillä vasteen mukaan joko lääkityksen jatkamisesta säännöllisenä tai muuttamisesta vain tarpeen mukaan käytettäväksi. Säännöllisessä lääkityksessä tulisi pitää taukoja 3–4 kuukauden välein, jotta havaitaan, milloin lapsi pysyy kuivana ilman lääkitystä. Ellei vastetta ole saavutettu, sovitaan joko hälytinkokeilusta tai uudesta lääkekokeilusta myöhemmin, esimerkiksi kuuden kuukauden kuluttua.

Jos hoito ei auta

Jos hoito auttoi mutta kastelu uusiutuu hoidon loputtua, on syytä yrittää samaa hoitoa uudelleen. Jos ensin valittu hoitomuoto ei tehoa, voidaan heti perään valita vaihtoehtoista toinen. Ei ole varmuutta siitä, että hälytinhoidon ja desmopressiinilääkityksen yhdistäminen lisääisi tehoa, mutta kliininen kokemus on osoittanut sen parantavan joskus hoitovastetta. Hoitoon reagoimattomien potilaiden tapauksissa toistettu ja tarkennettu päiväoireiden kartoitus on paikallaan. Jos potilaalla esiintyy päivisin tihentynyttä virtsaamistarvetta, virtsaamispakkoa tai virtsatietulehduksia, voi kastelun taustalla olla yliaktiivinen rakko, ja sen hoito on tuolloin ensisijainen. Myös ummetus tai uniapnea saattaa olla yökastelun taustalla, ja niiden hoito auttaa lasta yökuivaksi.

Lopuksi

Yökastelija ei siis ole sairas mutta voi tarvita terveydenhuollon apua, jos oire käy hänelle tai perheelle sietämättömäksi. Hyviä hoitovaihtoehtoja ovat kasteluhälytin ja desmopressii-

ni. Teholtaan ne ovat varsin yhtäläiset, mutta vaste hälytinhoitoon on pysyvämpi. Hälytinhoidon harmeina ovat vasteen ilmaantumisen hitaus joissakin tapauksissa sekä suurempi tarvittava sitoutuneisuus ja työmäärä. Desmopressiinihoidon etuja ovat nopea vaste, vaihtavuus ja muunneltavuus. Haittoina ovat varsin korkea hinta, haittavaikutusten mahdollisuus ja yökastelun uusiutuminen hoidon päättymisen jälkeen selvästi useammin kuin hälytinhoidossa.

Kumpikaan hoito ei aina auta, ja tuolloin lapsen kypsymisen odottaminen vähintään kuusi kuukautta ennen hoitokeilun uusimista on paikallaan. Noin 1 % yökastelijoista jatkaa säännöllistä kastelua aikuisuuteen asti hoitoyrityksistä huolimatta. Joskus yökastelu on osa laajempaa virtsaamisongelmaa. Näillä lapsilla esiintyy myös päiväaikaisia oireita, ja tarkka tilannearvio erityistutkimusten avulla on tuolloin paikallaan.

Yökastelusta kärsivä lapsi voi olla oikeutettu Kansaneläkelaitoksen myöntämään alle

16-vuotiaan vammaistukeen (aiemmin nimellä hoitotuki). Myöntämisen edellytyksinä ovat vähintään viiden vuoden ikä, kastelun esiintyminen vähintään kuuden kuukauden ajan, jonka kuluessa on annettu aktiivista hoitoa ainakin kolme kuukautta hälyttimellä tai lääkityksellä, ja kastelun jatkuminen asianmukaisesta hoidosta huolimatta. Perheen tulee pitää kastelupäiväkirjaa, ja perheen Kansaneläkelaitokselle tekemään anomukseen tulee liittää mukaan lääkärinlausunto, josta käyvät ilmi toteutettu hoito ja jatkohoitosuunnitelma. Harkinnan mukaan tuki voidaan myöntää myös tilanteissa, joissa yökastelun hoitoa ei ole vielä aloitettu lapsen kypsymättömyyden takia tai muin lääketieteellisin perustein. ■

MIKA VENHOLA, LL, erikoislääkäri
OYS, lasten ja nuorten tulosyksikkö
PL 23, 90029 Oulu

SIDONNAISUUDET:
EI SIDONNAISUUKSIA.

KIRJALLISUUTTA

- Evans JHC. Evidence based management of nocturnal enuresis. *BMJ* 2001;323:1167–9.
- Glazener CMA, Evans JHC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD002112. DOI: 10.1002/14651858.CD002112.
- Glazener CMA, Evans JHC. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD003637. DOI:

10.1002/14651858.CD003637.pub2.

- Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(a), Issue 4. Art. No.: CD002238. DOI: 10.1002/14651858.CD002238.
- Glazener CMA, Evans JHC, Peto R. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(b), Issue 3. Art. No.: CD002117. DOI: 10.1002/14651858.CD002117.

- Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children.
- *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD002911. DOI: 10.1002/14651858.CD002911.pub2.
- Taskinen S. Yökastelun hoito. *Duodecim* 1999;115:63–6.
- Vande Walle J, van Laecke E. Pitfalls in studies of children with monosymptomatic nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol* 2008;23:173–8.