Enuresis bij het kind
Adaptatie van Duodecimrichtlijn ‘enuresis in a child’

Eva Van der Meulen, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Hanne Cloetens, Commissie richtlijnen Domus Medica

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Enuresis bij het kind: adaptatie van Duodecimrichtlijn ‘enuresis in a child’.
Haio: Dr. Van der Meulen Eva, Universiteit Gent
Collega-haio: Dr. Meul Ann-Sophie
Promotor: Prof. Dr. De Sutter An, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Cloetens Hanne, Commissie richtlijnen Domus Medica

Context: Enuresis of bedplassen is een klacht met een beperkte prevalentie in de huisartsenpraktijk. Indien aanslepend kan dit echter op zowel kind als ouders/verzorgenden een belangrijke impact hebben. Een goede richtlijn kan ondersteunen in de aanpak van deze klacht door onder meer onderliggend lijden tijdig te helpen herkennen en overbodige onderzoeken en medicaties te proberen vermijden. In België bestaat tot nu toe geen richtlijn voor de huisarts. EBMPracticeNet heeft door overeenkomst met de Finse artsenvereniging Duodecim toegang tot hun richtlijnen. In deze manama werd de richtlijn ‘enuresis in a child’[1] geadapteerd.

Onderzoekvragen: Samen met collega-haio Ann-Sophie Meul werd vier klinische vragen opgesteld. Welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn? Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn? Wat zijn de behandelingsmodaliteiten bij een kind met enuresis in de eerste lijn? Wanneer verwijst de huisarts een kind met enuresis door naar de tweede lijn? Deze manama bespreekt de methodologie voor alle vier de klinische vragen. Het deel resultaten beperkt zich tot de eerste twee klinische vragen. Voor de laatste twee klinische vragen worden besproken in de thesis van collega-haio Ann-Sophie Meul.

Methodologie: De adaptatie gebeurde aan de hand van de ADAPTE-procedure[2]. Alle stappen werden ingevuld in een matrix, opgesteld door EBMPracticeNet. Eerst werd de literatuur onderzocht op relevante richtlijnen. Deze werden gewaardeerd aan de hand van het AGREE II instrument [3]. Vervolgens werd per klinische vraag uit elke richtlijn opgelijst wat de aanbeveling voor de klinische vraag was, de toegekende Grade en de onderliggende evidentie. Aansluitend werden de richtlijnen gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Tenslotte werden de evaluaties overlopen en werd beslist of de oorspronkelijke aanbeveling overgenomen en/of aangepast kon worden. De richtlijn werd volgens een vooropgesteld formaat opgesteld. Als tweede luik van deze manama werd een tweeledige implementatiefase uitgevoerd. Vooreerst werd de opgestelde richtlijn onderworpen aan peer-review door deze voor te stellen aan collega-huisartsen en haio’s en werd gepolst of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische zorgcontext. Vervolgens werd een implementatie uitgevoerd in de eigen opleidingspraktijk.

Resultaten: Er werd en drie richtlijnen geselecteerd: de NICE-, de NHG- en de AHRQ-richtlijn [4-6](deze laatste is gebaseerd op een hoofdstuk van de Guidelines on pediatric urology[7]) De stappen beschreven in methodologie werden doorlopen. Wat betreft de eerste klinische vragen was de onderbouwing van bijpassende aanbevelingen uit elke richtlijn voornamelijk gebaseerd op consensus en experten opinie. Er werd beslist om betreffende klinische vraag 1 de aanbeveling van de Duodecimrichtlijn te vervangen door deze van de NICE-richtlijn, voornamelijk door volledigheid, duidelijkheid en overzichtelijke opstelling. Betreffende klinische vraag 2 werd beslist de aanbeveling van de Duodecimrichtlijn te adapteren en aan te vullen met aanbevelingen uit de andere drie richtlijnen. De opgestelde richtlijn werd voorgesteld in 2 LOK-groepen van huisartsen en 2 seminariegroepen van haio’s. De richtlijn werd toepasbaar gevonden in de Belgische zorgcontext. Er was vraag naar een definitie die nog werd toegevoegd. Vervolgens werd voor de implementatie in de eigen opleidingspraktijk naast het voorstellen van de richtlijn toegespitst op het anamnese-deel van de richtlijn. De collega’s hun huidige voorstel voor anamnese werd vergeleken met de opgestelde anamnese-aanbeveling en er werd een sjabloon voor een type-consultatie aangemaakt en ter beschikking gesteld in het elektronisch medisch dossier(EMD). Dit werd positief ontvangen door de collega’s.

Conclusie: Mede ondersteund door de gestandaardiseerde procedure, de opvolging door promotor- en co-promotor en de peer-review zijn we tot een implementeerbare en betrouwbare richtlijn gekomen, toepasbaar in de Belgische zorgcontext. In de opleidingspraktijk werd een handig consultatie-sjabloon geïncorporeerd in het EMD ter beschikking gesteld dat kan helpen een niet erg prevalente casus als enuresis gestructureerd te bevragen.

Contact: eva_vdm@hotmail.com

Voorwoord

Deze masterproef werd gemaakt tijdens mijn twee jaren als huisarts in opleiding. Een interessante periode met vele veranderingen, nieuwe ervaringen en kennis. Eveneens een drukke periode, naast het werk met de patiënten, de besprekingen met collega's en het herhalen van kennis was het immers nodig om tijd te maken voor de casussen, video's, reflecties , … en natuurlijk ook deze masterproef.

Ik wil bij deze graag enkele mensen bedanken. Mijn promotor Prof. De Sutter voor de algemene begeleiding en raad bij deze masterproef. Mijn co-promotor Dr. Cloetens Hanne voor haar vele tijd die ze heeft gespendeerd in het nalezen van de matrix, de richtlijn en de scriptie. Haar kwalitatieve opmerkingen hebben zonder twijfel een belangrijke bijdrage geleverd aan deze masterproef. Mevr. Goossens Martine van EBMPracticeNet voor de algemene coördinatie en antwoorden waar nodig.

Tenslotte wil ik graag mijn ouders bedanken voor het mogelijk maken van en de onaflatende steun tijdens mijn studie. En samen met hen ook mijn zus, partner en vrienden voor de aangename verstrooiingen tussen de werkmomenten door.

Inhoudstafel

Inleiding 2

Methodologie 3

1. Opstellen van de klinische vragen 3
2. Zoektocht naar relevante richtlijnen 4
3. Evaluatie van de geselecteerde richtlijnen 5
4. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 6
5. Opstellen van de richtlijn 6
6. Implementatiefase 7

Resultaten 9

1. Evaluatie van de geselecteerde richtlijnen 9
2. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 26
3. Opstellen van de richtlijn 30
4. Implementatie fase 30

Deel 1: Peer review 30

Deel 2: Implementatie in de eigen opleidingspraktijk 30

Discussie 34

Besluit 36

Referenties 37

Bijlagen 39

1. Richtlijn enuresis bij het kind 39
2. Studieprotocol ethisch comité 39
3. Goedkeuring ethisch comité 39

Inleiding

EBMPracticeNet is een elektronisch platform dat als doel heeft evidence based medicine materiaal beschikbaar te stellen aan de Belgische (huis)arts, verpleegkundige of kinesitherapeut. Als onderdeel hiervan is er toegang tot de Duodecimrichtlijnen.[1] Dit zijn evidence based richtlijnen opgesteld door de Finse artsenvereniging Duodecim. Gezien deze niet altijd aangepast zijn aan de Belgische zorgcontext worden zij indien nodig stapsgewijs aangepast. Dit volgens een gestandaardiseerd adaptatieproces gebaseerd op de ADAPTE-procedure.[2] In deze masterproef wordt een van deze adaptatieprocessen beschreven. Samen met collega-HAIO Ann-Sophie Meul werd voor deze manama de Duodecimrichtlijn 'enuresis in a child' geselecteerd om te adapteren.

Men spreekt van enuresis bij kinderen van $\geq$5 jaar met episodes van urinaire incontinentie tijdens de slaap in de afgelopen 3 maand minimum 2x/week (of als >7j minimum 1x/maand) zónder andere lichamelijke aandoening en zónder andere symptomen.[4, 5, 7] Vaak wordt 'nocturna' toegevoegd om te verduidelijken dat het om nachtelijke symptomen (tijdens de slaap) gaat. Het 'Standardisation Committee of the International Children's Continence Society' stelt echter dat dit niet noodzakelijk is.[8]

Enuresis is een klacht met beperkte prevalentie in de huisartsenpraktijk. Het komt in Nederland voor bij 12% van de jongens tussen 4 en 7 jaar en bij 8% van de meisjes tussen 4 en 7 jaar.[5] Belgische cijfers geven respectievelijk 5% en 2,5%.[9] Deze cijfers gaan echter over een bredere leeftijdsgroep namelijk van 5 tot 14 jaar. Een dergelijk probleem heeft zowel op het kind als op de ouders een aanzienlijke impact. Er treden spanningen op omdat het kind nog steeds niet droog is. Ouders maken zich bovendien vaak zorgen omdat ze vrezen dat er onderliggend lijden aanwezig is. Het kind zal zich schamen vooral wanneer het uit logeren gaat. Dit heeft zonder twijfel invloed op zijn of haar zelfbeeld. Een correcte aanpak kan nutteloze medicaties en onderzoeken beperken en het tijdig herkennen van onderliggend lijden in de hand werken. Het is daarom van groot belang een gebruiksvriendelijke en correcte richtlijn te formuleren omtrent enuresis bij kinderen.[5]

Methodologie

EBMPracticeNet stelde een lijst van onderwerpen uit de Duodecimrichtlijnen voor ter herziening. De Duodecimrichtlijn 'enuresis in a child' werd door collega HAIO Ann-Sophie Meul en ikzelf gekozen.[1] Deze richtlijn werd vervolgens via een gestandardiseerde procedure geëvalueerd en waar nodig aangepast. Deze procedure werd opgemaakt aan de hand van de ADAPTE-procedure.[2] De doorlopen stappen werden tijdens het proces gevolgd aan de hand van een matrix (waarvan verder in dit werk grote delen werden opgenomen) en worden hieronder besproken.

1. Opstellen van de klinische vragen

Binnen het onderwerp werden er per HAIO 2 klinische vragen opgesteld:

1. Welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn? (Eva Van der Meulen)
2. Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn? (Eva Van der Meulen)
3. Wat zijn de behandelingsmodaliteiten bij een kind met enuresis in de eerste lijn? (Ann-Sophie Meul)
4. Wanneer verwijst de huisarts een kind met enuresis door naar de tweede lijn? (Ann-Sophie Meul)

Hiervan werden vervolgens de PIPOH-elementen bepaald (Patiënt/Population, Interventions, Professionals, Outcomes, Healthcare setting):

Geselecteerde klinische vraag 1 voor review:
Welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de 1e lijn?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Huisartsenpopulatie, kinderen met klacht van enuresis	Volwassenen, 2e lijn
Interventions	Gerichte anamnesevragen	
Professionals	Huisartsen	
Outcomes	Diagnose enuresis, differentiaal diagnose enuresis, doorverwijsbeleid	
Healtcare Setting	1e lijn	2e lijn

Geselecteerde klinische vraag 2 voor review:
Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de 1e lijn?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Huisartsenpopulatie, kinderen met klacht van enuresis	Volwassenen, 2e lijn
Interventions	Klinische onderzoeken, technische onderzoeken	
Professionals	Huisartsen	
Outcomes	Diagnose enuresis, differentiaal diagnose enuresis, doorverwijsbeleid	
Healtcare Setting	1e lijn	2e lijn

Geselecteerde klinische vraag 3 voor review:
Wat zijn de mogelijke behandelingsmodaliteiten bij een kind met enuresis in de 1e lijn?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Huisartsenpopulatie, kinderen met klacht van enuresis	Volwassenen, 2e lijn
Interventions	niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandelingen	
Professionals	Huisartsen	
Outcomes	Verminderen/stop enuresis	
Healtcare Setting	1e lijn	2e lijn

Geselecteerde klinische vraag 4 voor review:
Wanneer verwijst de huisarts een kind met enuresis naar de 2e lijn?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Huisartsenpopulatie, kinderen met klacht van enuresis	Volwassenen, 2e lijn
Interventions	Gerichte anamnesevragen, onderzoeken, behandelingen	
Professionals	Huisartsen	
Outcomes	Nood tot verwijzen naar 2e lijn	
Healtcare Setting	1e lijn	2e lijn

2. Zoektocht naar relevante richtlijnen

Vervolgens werd er tussen december 2013 en januari 2014 een systematische zoektocht gevoerd naar bestaande richtlijnen in de literatuur over hetzelfde onderwerp. De GIN-database werd doorzocht op de trefwoorden 'enuresis' en 'child'en er waren 5 hits (zie figuur hieronder). De Duitse richtlijn was nog in ontwikkeling en de Braziliaanse was in Portugees dus deze werden niet geselecteerd. De NHG-, de NICE- en de AHRQ- richtlijn werden verder bekeken.[4-6] De AHRQ-richtlijn betreft een Guideline Clearing Report van the National Guideline Clearinghouse [6] en is gebaseerd op het hoofdstuk enuresis uit de richtlijn 'Guidelines on pediatric urology' [7] van de European Association of Urology en de European Society for Pediatric Urology. Voor eenvoud word deze verder in deze manama als AHRQ-richtlijn benoemd. Voor verder evaluatie ervan werd wel ook de onderliggende richtlijn gebruikt.

We found 5 results out of 6490 entries for your search.

Back To Search Form | Export To EndNote | Export To RefMan | RSS | Help | Add items to clipboard | Select all | Deselect all

Relevance	Title	Organisation	Type	Date	Relevant Countries	Status
100%	Enuresis nocturna (M59) [Nocturnal enuresis]	NHG (NL) - Dutch College of General Practitioners	Guideline	Dec 01, 2006	Netherlands	Published
84%	Enuresis und nicht-organische Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen. S2k-LL (DGKJP, DGKJ, GNP) [Enuresis and non-organic urinary incontinence in children and adolescents]	AWMF (DE) - Association of Scientific Medical Societies	Guideline	Dec 31, 2013	Germany	In development
74%	Monosymptomatic enuresis. In: Guidelines on paediatric urology. European Association of Urology. European Society for Paediatric Urology. NGC:007222	AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality	Guideline Clearing Report	Mar 01, 2009	International	Published
60%	Enurese: diagnóstico e tratamento. Diagnosis and management of enuresis	AMB (BR) - Brazilian Medical Association	Guideline	Jun 27, 2006	Brazil	Published
53%	Nocturnal enuresis - the management of bedwetting in children and young people (CG111)	NICE (UK) - National Institute for Health and Care Excellence	Guideline	Oct 01, 2010	United Kingdom	Published

Back To Search Form | Export To EndNote | Export To RefMan | RSS

Op de National Guideline Clearinghouse website werd ook gezocht en daar waren de AHRQ- en NICE-richtlijn eveneens terug te vinden.[4, 6] Op Trip database vonden we de NICE-richtlijn[4] en enkele Cochrane reviews[10-14]. Op de website van NICE waren naast de bovenvermelde NICE-richtlijn ook dezelfde cochrane reviews en een Guideline British National Formularium for Children te vinden. Deze laatste was enkele vanuit de UK te consulteren en werd bijgevolg niet geselecteerd. De BCFI-website[15] toonde verscheidene artikels en update over medicatie bij enureses, vnl desmopressine. Een artikel was iets groter en betrof algemeen de plaats van medicatie bij enuresis nocturna. Dit was gebaseerd op de NHG standaard die al geselecteerd was en werd dus niet weerhouden. Op de websites van het KCE (Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg), Minerva, Farmaka, Riziv, FOD Volksgezondheid waren geen hits.

Volgende 3 richtlijnen werden geselecteerd om te vergelijken met de Duodecimrichtlijn:

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen (max. 7)						
	Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie	Organisatie	Land	Publicatie-jaar	Url of link document	Periode waarin naar literatuur werd gezocht
Totaal:						
	Enuresis in a child	Duodecim	Finland	2009	http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home	
1	Enuresis nocturna	NHG	Nederland	2006	https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/enuresis-nocturna	gezocht van 2004 tot 2006, limitatie: studies van 1996 tem 2005
2	Nocturnal enuresis - The management of bedwetting in children and young people	NICE	UK	2010	http://guidance.nice.org.uk/CG111	april 2007- jan 2008, revisie jan 2012, mei 2013
3	Monosymptomatic enuresis. In: guidelines on pediatric urology	AHRQ	US	2009	http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47872&search=enuresis Deze is samenvatting van volgende bron: (European Society for Paediatric Urology http://www.uroweb.org/gls/pdf/22%20Paediatric%20Urology_LR.pdf In de matrix werd deze laatste ook gebruikt om meer informatie ivm onderbouwing, bronnen e.d. terug te vinden.	nov 2008-dec 2009

⇨ De NHG-richtlijn[5], de NICE-richtlijn[4] en de AHRQ-richtlijn[6] . In elk van deze is een antwoord te vinden op de geformuleerde klinische vragen.

3. Evaluatie van de geselecteerde richtlijnen

Eerst werden aan de hand van het AGREE II instrument[3] de geselecteerde richtlijnen gewaardeerd. Het AGREE II instrument is een internationaal gebruikt instrument dat een manier biedt om de methodologie en de transparantie van een richtlijn te evalueren. De eerste versie (AGREE I) van 2003 werd bijgewerkt om de validiteit en de betrouwbaarheid te verbeteren. Dit heeft tot het AGREE II instrument geleid dat nu 23 items bevat, georganiseerd in 6 kwaliteitsdomeinen: 1) onderwerp en doel; 2) betrokkenheid van belanghebbenden; 3) methodologie; 4) helderheid en presentatie; 5) toepassing; en 6) onafhankelijkheid van de opstellers. Naast deze specifieke onderdelen zijn er finaal nog 2 algemene beoordelingspunten die de beoordelaar toelaten een algemene beoordeling te geven en te overwegen in welke mate een richtlijn aan te raden is.[3] Dit gebeurde door elke HAIO afzonderlijk. De scores werden bekeken en aan de hand hiervan werden de richtlijnen verder geselecteerd.

Vervolgens werd voor elke opgestelde klinische vraag de aanbevelingen uit de duodecimrichtlijn en de geselecteerde richtlijnen gehaald en werden deze opgelijst in een matrix. Aansluitend werd in de matrix ook de onderliggende evidentie en de gegeven graad van aanbeveling. Dit om een overzicht te creëren en de aanbevelingen uit de verschillende richtlijnen makkelijker te kunnen vergelijken.

Tenslotte werden de richtlijnen gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Dit werd eveneens in de matrix ingevuld.

Courantheid: hiervoor werd gekeken naar publicatiedatum van de gebruikte literatuur. Indien nodig werd er gezocht of er recentere literatuur ter beschikking is die deze aanbevelingen zouden kunnen wijzigen.

Samenhang: deze beoordeling omvatte 3 stappen
- Nazicht van de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag. Belangrijk hierbij(indien in richtlijn vermeld) kon zijn o.a. de zoekperiode, inclusie/exclusiecriteria, onderzochte database, gebruikte zoektermen, …

- Evaluatie van de samenhang tussen geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd. Hier konden bvb evidentietabellen (deze rangschikken samengevatte evidentie volgens (soort) studie) behulpzaam zijn. Anders kan deze informatie gezocht worden in de bespreking van de basis van de aanbeveling.
- Evaluatie van de samenhang tussen de samenvatting en interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

Toepasbaarheid: dit werd nagekeken m.b.t. de Belgische zorgcontext. Dit houd o.a. in de aanwezigheid van de nodige expertise, organisatie van de praktijk, terugbetaling, ondersteuning, mogelijk bestaan van culturele elementen die implementatie van de aanbeveling bemoeilijken, …

4. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

De verschillende evaluaties werden overlopen en daaruit volgend werd beslist of de aanbevelingen in de Duodecim-richtlijn al dan niet geadapteerd moesten worden. Nieuwe evidentie uit de andere richtlijnen kon hiervoor gebruikt worden. Dit werd eveneens in de matrix ingevuld en van commentaar voorzien. De geadapteerde aanbeveling werd opgesteld.

De ingevulde matrix werd vervolgens door een leescommissie van EBMPracticeNet nagekeken. Eventuele opmerkingen werden bekeken en indien nodig werden aanpassingen aan de matrix doorgevoerd.

5. Opstellen van de richtlijn

De richtlijn werd opgesteld aan de hand van een vooropgesteld formaat:

1. Overzicht materiaal
    a. Gestructureerde abstract met publicatiedatum en elektronische bronnen
    b. Auteurs
2. Introductie en achtergrond (facultatief)
3. Doelstelling (facultatief)
4. Doelgroep voor de richtlijn
5. Patiëntenpopulatie
6. Klinische vraag of vragen
7. Kernboodschap
    a. Deze dient geformuleerd als aanbeveling (het is aangewezen…, overweeg …, enz.)
    b. Sterkte van aanbeveling in vorm van Grade
8. Toelichting tot de aanbeveling
    a. Omvat praktische toelichting tot de kernboodschap
    b. Kritische opmerking m.b.t. implementatie
9. Basis voor de aanbeveling
    a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid
    b. Beschrijving van eventuele aanvullende informatie
    c. Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen
10. Peer review proces
    a. Beschrijving van opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review (zie verder)
11. Planning voor update
12. Referenties

13. Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Voor elke aanbeveling werd een passende GRADE toegekend.

GRADE is een coderingsmethode om op een uniforme en overzichtelijke wijze de sterkte van een aanbeveling en de kwaliteit van de onderliggende evidentie ervan aan te geven.

GRADE (Samenvattende tabel) [16]

Graden van aanbeveling		**Implicaties**
1 A	Sterke aanbeveling - Hoog niveau van bewijskracht	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1 B	Sterke aanbeveling - Matig niveau van bewijskracht	
1 C	Sterke aanbeveling - Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2 A	Zwakke aanbeveling - Hoog niveau van bewijskracht	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2 B	Zwakke aanbeveling - Matig niveau van bewijskracht	
2 C	Zwakke aanbeveling - Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

6. Implementatiefase

De uiteindelijke richtlijn moest worden onderworpen aan peer review door ze voor te stellen aan enkele beoogde gebruikers ervan. De richtlijn werd bijgevolg in 2 LOKgroepen van Belgische huisartsen en 2 seminariegroepen van HAIO's voorgesteld. Op het einde van de voorstelling konden vragen gesteld worden en werd er gevraagd of er opmerkingen waren i.v.m. de richtlijn en de toepasbaarheid in de Belgische zorgsector. Aan de hand van deze zaken werd de opgestelde richtlijn eventueel nog aangepast.

Daarnaast was er nog een implementatie in de eigen opleidingspraktijk. Naast de voorstelling van de richtlijn werd dit in deze manama beperkt tot het anamnesedeel van de richtlijn. Er werd aan de 4 huisartsen van de opleidingspraktijk gevraagd worden hoe zij een fictieve casus zouden benaderen op vlak van anamnese. Dit werd vergeleken met de aanbevolen anamnese in de richtlijn en de afwijkingen hiervan werden besproken. In het elektronisch medisch dossier werd ook een sjabloon gemaakt dat de huisarts kunnen gebruiken om de anamnese gestructureerd te overlopen en te registreren. Dit werd eveneens voorgesteld aan de 4 huisartsen van de opleidingspraktijk en is ter

beschikking gesteld. Eventuele opmerkingen hierover werden ook in achting genomen en konden tot eventuele aanpassingen ervan leiden.

Er werd hiervoor een aanvraag voor het Ethisch Comité ingediend.

Resultaten

Zoals hierboven reeds vermeld in het hoofdstuk 'Methodologie' werden naast de oorspronkelijke Duodecim-richtlijn[1] drie andere richtlijnen geselecteerd: de NHG-richtlijn[5], de NICE-richtlijn[4] en de AHRQ-richtlijn[6]. Deze werden geëvalueerd en konden daaropvolgend eventueel gebruikt worden om de aanbevelingen uit de Duodecimrichtlijn aan te passen waar nodig. Hieronder worden de resultaten van dit proces stap voor stap besproken. Elke stap gebeurde afzonderlijk per klinische vraag. In deze Manama zullen enkele de eerste 2 klinische vragen besproken worden gezien de andere 2 werden uitgewerkt door collega-HAIO Ann-Sophie Meul en na te lezen in haar thesis met als titel 'Enuresis in a Child'.

1. Evaluatie van de geselecteerde richtlijnen

De waardering volgens het AGREE II instrument[3] gebeurde door collega HAIO Ann-Sophie Meul en mezelf afzonderlijk. De NHG-richtlijn[5] scoorde voornamelijk goed op 'onderwerp en doel' en op 'helderheid en presentatie'. Op vlak van 'methodologie' scoorde deze minder aangezien er o.a. weinig beschrijving was van criteria voor selectie wetenschappelijk bewijsmateriaal, methode van literatuuronderzoek, en manier van het komen tot de aanbeveling. De NICE-richtlijn[4] scoorde algemeen op alle vlakken zeer goed. Er is veel transparantie en beschrijving van de doorgenomen stappen waardoor deze richtlijn sterk aan te raden is. De AHRQ richtlijn[6], gebaseerd op een hoofdstuk van de Guidelines on pediatric urology[7], scoorde voornamelijk goed op 'onderwerp en doel', 'helderheid en presentatie' en 'onafhankelijkheid van de opstellers'. Methodologie scoorde meer dan de NHG richtlijn, doch was nog steeds geen echt goede score.

De AGREE-waardering scoort voornamelijk op het feit of iets al dan niet beschreven staat. De bedenking werd gemaakt dat indien een aspect niet beschreven staat in de richtlijn dit niet automatisch wil zeggen dat die stap niet is goed gebeurd. De verschillen tussen de drie waarderingen zijn vermoedelijk deels te verklaren doordat de NICE-richtlijn ook tijdens het opstellingsproces rekening houdt met de scoreonderdelen van de AGREE II methode. De algemene scores waren bij alle richtlijnen goed. Bijgevolg werden de drie richtlijnen behouden. Aangezien de NICE duidelijk de beste score behaalde, kon deze achteraf mogelijks meer impact hebben bij een mogelijks adaptatie van een richtlijn.

Hieronder is het deel van de matrix betreffende deze AGREE II-waardering toegevoegd.

RICHTLIJN TITEL:	Enuresis nocturna - NHG			
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**major remarks**
Scope and purpose	1	6	7	
	2	5	6	
	3	7	7	
TOTAAL /21		18	20	
Stakeholder involvement	4	7	7	
	5	1	1	
	6	7	7	

TOTAAL /21		15	15	
Rigour of development	7	1	1	
	8	1	1	
	9	1	1	
	10	1	1	
	11	1	1	
	12	4	3	
	13	4	2	
	14	1	1	
TOTAAL /56		14	11	
Clarity and presentation	15	7	7	
	16	7	7	
	17	6	6	
TOTAAL /21		20	20	
Applicability	18	1	2	
	19	4	2	
	20	1	1	
	21	5	6	
TOTAAL /28		11	11	
Editorial independence	22	2	2	
	23	1	1	
TOTAAL /14		3	3	
OVERALL ASSESSMENT		6	6	**REMARKS**
Strongly recommend				Meer uitgebreid dan de AHRQ per aanbeveling
Recommend (with provisos / alterations)		**X**	X	
Would not recommend				
Unsure				

RICHTLIJN TITEL:	Enuresis nocturna-NICE			
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**major remarks**
Scope and purpose	1	7	7	
	2	7	7	
	3	7	7	
TOTAAL /21		21	21	
Stakeholder involvement	4	7	7	
	5	1	6	
	6	7	7	
TOTAAL /21		15	20	
Rigour of development	7	7	7	
	8	7	7	

	9	7	7	
	10	7	7	
	11	7	7	
	12	7	7	
	13	7	7	
	14	7	7	
TOTAAL /56		56	56	
Clarity and presentation	15	7	7	
	16	7	7	
	17	7	7	
TOTAAL /21		21	21	
Applicability	18	7	7	
	19	7	7	
	20	7	7	
	21	7	7	
TOTAAL /28		28	28	
Editorial independence	22	7	7	
	23	7	7	
TOTAAL /14		14	14	
OVERALL ASSESSMENT		7	7	**REMARKS**
Strongly recommend		**x**	**X**	
Recommend (with provisos / alterations)				
Would not recommend				
Unsure				

RICHTLIJN TITEL:	Enuresis with children-AHRQ (GIN)			
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**major remarks**
Scope and purpose	1	7	7	
	2	7	7	
	3	7	7	
TOTAAL /21		21	21	
Stakeholder involvement	4	6	7	niet duidelijk vermeld of allen uroloog, geen methodologist beschreven
	5	1	1	beschreven dat er geen persoon mbt belangen patiënt in de werkgroep zat, voorts niets erover beschreven
	6	4	7	alleen beschreven met 'physicians'
TOTAAL /21		11	15	
Rigour of development	7	3	6	enkel vermeld dat het via medline was
	8	1	1	niets beschreven
	9	4	6	amper
	10	6	7	beschreven, maar kort
	11	6	6	geen harms, geen balans bijwerkingen

	12	6	7	beschreven dat het vnl consensusdocument is
	13	1	1	
	14	1	2	
TOTAAL /56		28	36	
Clarity and presentation	15	4	7	beschreven, maar geen tijdesperiode per therapie
	16	5	7	keuze alarm of medicatie weinig gespecifieerd
	17	7	7	
TOTAAL /21		16	21	
Applicability	18	1	1	niet aanwezig
	19	4	7	samenvatting ok, geen praktische tips en hoe toegang tot instrumenten
	20	1	1	
	21	1	1	
TOTAAL /28		7	10	
Editorial independence	22	7	7	
	23	7	7	
TOTAAL /14		14	14	
OVERALL ASSESSMENT		6	6	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)		**X**	X	
Would not recommend				
Unsure				

Vervolgens werden per klinische vraag eerst de aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen gehaald en in de matrix ingevuld. Daarnaast werden graad van aanbeveling (GoR) en niveau van evidentie (=NvE) genoteerd indien vermeld in de bronguidline. De GoR werd enkel bij de AHRQ vermeld en het NvE bij AHRQ en NICE.

Hieronder is telkens per richtlijn het deel van de matrix betreffende klinische vraag 1 en 2 toegevoegd. In het verdere deel van dit werk werd voor de leesbaarheid van de matrix-onderdelen af en toe gekozen om een landscape beeld in te voegen.

Legende:

GoR=grade of recommendation vermeld in de bronguideline

NvE=niveau van evidentie vermeld in de bronguideline

KV1= Klinische vraag 1: Welke zaken vraagt ment na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

KV2= Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?)

DUODECIM	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	GoR	NvE
Klinische vraag 1: welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?	Duodecim geeft geen goed en volledig antwoord op deze vraag. Volgende info is wel terug te vinden: If enuresis is associated with constipation, the treatment of constipation may reduce enuresis Examine a urine specimen in all children with daytime enuresis and refer them to a paediatrician. Nocturnal enuresis need not be treated in children below 5 years of age nor in children who have enuresis no more than once or twice a week.	niet vermeld	*niet vermeld, er wordt verwezen naar review NEJM[17]*
Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?	Examine a urine specimen in all children with daytime enuresis and refer them to a paediatrician.	niet vermeld	*niet vermeld, er wordt verwezen naar review NEJM[17]*

NICE	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline	GoR	NvE
KV1	1.3.1 Ask whether the bedwetting started in the last few days or weeks. If so, consider whether this is a presentation of a systemic illness. 1.3.2 Ask if the child or young person had previously been dry at night without assistance for 6 months. If so, enquire about any possible medical, emotional or physical triggers, and consider whether assessment and treatment is needed for any identified triggers. 1.3.3 Ask about the pattern of bedwetting, including questions such as: How many nights a week does bedwetting occur? How many times a night does bedwetting occur? Does there seem to be a large amount of urine? At what times of night does the bedwetting occur? Does the child or young person wake up after bedwetting? 1.3.4 Ask about the presence of daytime symptoms in a child or young person with bedwetting, including: daytime frequency (that is, passing urine more than seven times a day), daytime urgency, daytime wetting, passing urine infrequently (fewer than four times a day), abdominal straining or poor urinary stream, pain passing urine. 1.3.5 Ask about daytime toileting patterns in a child or young person with bedwetting, including: whether daytime symptoms occur only in some situations ; avoidance of toilets at school or other settings ; whether the child or young person goes to the toilet more or less frequently than his or her peers. 1.3.6 Ask about the child or young person's fluid intake throughout the day. In particular, ask whether the child or young person, or the parents or carers are restricting fluids.	niet vermeld	c
KV2	1.3.7 Consider whether a record of the child or young person's fluid intake, daytime symptoms, bedwetting and toileting patterns would be useful in the assessment and management of bedwetting. If so, consider asking the child or young person and parents or carers to record this information. 1.3.8 Do not perform urinalysis routinely in children and young people with bedwetting, unless any of the following apply: bedwetting started in the last few days or weeks ; there are daytime symptoms ; there are any signs of ill health ; there is a history, symptoms or signs suggestive of urinary tract infection ; there is a history, symptoms or signs suggestive of diabetes mellitus. 1.3.9 Assess whether the child or young person has any comorbidities or there are other factors to consider, in particular: constipation and/or soiling ; developmental, attention or learning difficulties ; diabetes mellitus ; behavioural or emotional problems ; family problems or a vulnerable child or young person or family. 1.3.10 Consider assessment, investigation and/or referral when bedwetting is associated with: severe daytime symptoms ;a history of recurrent urinary infections ; known or suspected physical or neurological problems comorbidities or other factors (for example, those listed in recommendation 1.3.9).	niet vermeld	c

AHRQ	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline	GoR	NvE
Klinische vraag 1: welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?	The diagnosis is obtained by history-taking. Enuresis is the condition describing the symptom of incontinence during night. Any wetting during sleep above the age of 5 years is enuresis. However, most importantly, there is a single symptom only. Children with other LUT symptoms and enuresis are said to have non-monosymptomatic enuresis. Thorough history-taking, excluding any other daytime symptoms, is mandatory before diagnosing monosymptomatic enuresis. Any associated urinary tract symptoms make the condition a 'daytime LUT condition' (3). The condition is described as 'primary' when the symptom has always existed and the patient has not been dry for a period longer than 6 months. The condition is described as 'secondary', when there has been a symptom-free interval of 6 months. Genetically, enuresis is a complex and heterogeneous disorder. Loci have been described on chromosomes 12, 13 and 22 (3). Three factors play an important pathophysiological role: • high night-time urine output; • night-time low bladder capacity or increased detrusor activity; • arousal disorder. Due to an imbalance between night-time urine output and night-time bladder capacity, the bladder can become easily full at night and the child will either wake up to empty the bladder or will void during sleep if there is a lack of arousal from sleep (1-3).	2	A
Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?	In a patient with monosymptomatic enuresis, no further investigations are needed. A voiding diary, which records daytime bladder function and night-time urine output, will help to guide the treatment. An estimate of night-time urine production can be obtained by weighing diapers (nappies) in the morning and adding the volume of the morning void. Measuring the daytime bladder capacity gives an estimate of bladder capacity compared to normal values for age (4). Ultrasound of the urinary tract is not recommended but, when available, it can be used to exclude underlying pathology. In most children, bedwetting is a familial problem, with most affected children found to have a history of bedwetting within the family. A urinary dipstick may help differentiate between true enuresis resulting from polyuria due to insipidis diabetes.	2	A (voiding diary) B (no urnine analysis)

NHG	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline	GoR	NvE
Klinische vraag 1: welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?	Mictiepratroon, functionering en ontwikkeling, rol ouders, Vragenlijst ter uitsluiting andere vorm incontinentie en mictielijst in voetnoot opgenomen (Hirasing 1994)[18]	niet vermeld	niet vermeld

Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?	Indien anamanses wijst op pathologisch mictiepatroon of andere functiestoornissen klinisch onderzoek van genetalia, abdomen, algemene gezondheidstoestand, groei en ontwikkeling Indien aanwijzingen voor onderliggende pathologie urineonderzoek	niet vermeld	niet vermeld

Vervolgens werd de **courantheid** bekeken:

De Duodecimrichtlijn[1] verwijst voornamelijk naar het overzichtsartikel van de New England Journal of Medicine dat vrij recent is, van 2009[17]. Er werd ook verwezen naar een ouder artikel van Loening-Baucke et al. van 1997 dat voornamelijk over de link met constipatie ging [19].

De NICE richtlijn[4] verwijst voor de anamnese naar drie artikels meer specifiek over constipatie van 1986, 2001 en 2008 [20-22]en dan nog naar vier andere artikels waar algemene gegeven over anamnese teruggevonden kunnen worden van 1976, 2002, 2004 en 2005.[23-26]
Wat betreft klinische en technische onderzoeken wordt er verwezen naar verschillende onderzoeken tussen 1978 en 2008 [27-33].

De AHRQ-richtlijn[6] verwijst voor anamnese naar drie artikels van 1999, 2006 en 2000 [8, 34, 35] waarvan de twee laatste door dezelfde hoofdauteur.
Wat betreft klinische en technische onderzoeken werd er naar een artikel van 2004 verwezen[36]. Dit artikel was ook een van de artikels waar de cochrane naar verwijst (zie verder)

De NHG-richtlijn verwijst voornamelijk naar de twee artikels van Hirasing et al. Van 1994 en 2004 [18, 37] die een vragenlijst en mictielijst voorstellen. Deze werd in de NHG geimplementeerd. Daarnaast is er nog een artikel van Most-van Spijk et al. van 1993 [38] dat meer naar culturele invloed kijkt. Wat betreft onderzoeken wordt naast bovenvermelde artikel van Hirasing et al. van 2004 naar een artikel van Scholtemeijer et al. uit 1993 [39]verwezen. Dit stelt dat routinematig urodynamisch onderzoek geen plaats heeft bij kinderen met enuresis.

Algemeen is anamnese doorheen de tijd iets wat meestal meer gelijk blijft, terwijl behandelingsmogelijkheden sneller kunnen vernieuwen. Er werd gezocht in de literatuur voor recente evidence based informatie. Er werden 5 cochrane reviews i.v.m. enuresis teruggevonden. Deze werden doorlezen maar gaven geen nieuwe specifieke informatie op vlak van anamnese. Er werd voor elke richtlijn besloten dat de courantheid goed zat. Voornamelijk over constipatie waren meer artikels waardoor dit meer in onderbouwing stijgt. Ook op vlak van technische onderzoeken kwam geen extra informatie naar boven. Uit de

gevonden informatie van de cochrane reviews kon er voornamelijk besloten worden dat enuresis overdag nagevraagd moet worden en dat dit moet doen denken aan een onderliggend probleem.

DUODECIM	Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		
	Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?
KV1	Robson WL. Clinical practice. Evaluation and management of enuresis. N Engl J Med 2009 Apr 2 [17] Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. Pediatrics 1997 Aug;100(2 Pt 1):228-32[19].	Cochrane [10-14] vertelt niets over anamnese specifiek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990 [40]) If daytime symptoms are present, investigations to identify physical(organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary (Djurhuus 1992 [41]), with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004 [36]).	P: children I: (medical) history C: / O: diagnosis enuresis
KV2	Robson WL. Clinical practice. Evaluation and management of enuresis. N Engl J Med 2009 Apr 2 [11]	Cochrane [10-14] vertelt niets over anamnese specifiek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990 [40]) If daytime symptoms are present, investigations to identify physical(organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary (Djurhuus 1992 [41]), with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004 [36]).	P: children I: clinical or technical examination C: no examination O: diagnosis enuresis

NICE	Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		
	Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?
KV1	-Cayan S, Doruk E, Bozlu M, Duce MN, Ulusoy E, Akbay E. The assessment of constipation in monosymptomatic primary nocturnal enuresis. Int Urol Nephrol 2001; 33(3):513-516. [21] -McGrath KH, Caldwell PHY, Jones MP. The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: A comparison with parental reporting. J Paediatr Child Health 2008; 44(1-2):19-27. [22] -O'Regan S, Yazbeck S, Hamberger B, Schick E. Constipation a commonly unrecognized cause of enuresis. Am J Dis Child 1986; 140(3):260-261.[20] -Butler RJ, Robinson JC, Holland P, Doherty-Williams D. Investigating the three systems approach to complex childhood nocturnal enuresis--medical treatment interventions. Scand J Urol Nephrol 2004; 38(2):117-121. [25] -Siegel S, Rawitt L, Sokoloff B, Siegel B. Relationship of allergy, enuresis, and urinary infection in children 4 to 7 years of age. Pediatrics 1976; 57(4):526-528. [23] -Robson WM, Leung AKC, Van Howe R. Primary and secondary nocturnal enuresis: Similarities in presentation. Pediatrics 2005; 115(4):956-959. [26] -Nappo S, Del Gado R, Chiozza ML, Biraghi M, Ferrara P, Caione P. Nocturnal enuresis in the adolescent: a neglected problem. BJU Int 2002; 90(9):912-917 [24]	Cochrane vertelt niets over anamnese en onderzoeken specifiek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990)[40]. If daytime symptoms are present, investigations to identify physical (organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary (Djurhuus 1992)[41],with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004)[36].	P: children I: (medical) history C: / O: diagnosis enuresis
KV2	-Van der Vis-Melsen MJ. Urodynamics in enuretic children. Clin Nucl Med 1992; 17(3):200-205.[27] -Yeung CK, Sreedhar B, Leung VT, Metreweli C. Ultrasound bladder measurements in patients with primary nocturnal enuresis: a urodynamic and treatment outcome correlation. J Urol 2004; 171(6 Pt 2):2589-2594. [28] -Redman JF, Seibert JJ. The uroradiographic evaluation of the enuretic child. J Urol 1979; 122(6):799-801. [30] -Cutler C, Middleton AWJ, Nixon GW. Radiographic findings in children surveyed for enuresis. Urology 1978; 11(5):480-482.[29] -Yeung CK, Chiu HN, Sit FK. Bladder dysfunction in children with refractory monosymptomatic primary nocturnal enuresis. J Urol 1999; 162(3 Pt 2):1049-1054. [32] -Sujka SK, Piedmonte MR, Greenfield SP. Enuresis and the voiding cystourethrogram: a re-evaluation. Urology 1991; 38(2):139-142. [42] -Tanaka Y, Kawauchi A, Yoneda K, Naitoh Y, Yamao Y, Iwasaki H et al. Vesicoureteral reflux detected among patients with nocturnal enuresis. Eur Urol 2003; 43(1):80-83. [31] -Zink S, Freitag CM, von Gontard A. Behavioral comorbidity differs in subtypes of enuresis and urinary incontinence. J Urol 2008; 179(1):295-298.[33]	Cochrane vertelt niets over anamneses en onderzoeken specifiek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990)[40]. If daytime symptoms are present, investigations to identify physical (organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary (Djurhuus 1992),[41]with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004).[36]	P: children I: clinical or technical examination C: no examination O: diagnosis enuresis

AHRQ	Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		
	Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?
KV1	1. Lackgren G, Hjalmas K, van Gool J, et al. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatmentstrategy. Acta Paediatr 1999 Jun;88(6):679-90. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10419258 [34] 2. Neveus T, von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the InternationalChildren's Continence Society. J Urol 2006 Jul;176(1):314-24. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753432 [8] 3. Neveus T, Lackgren G, Tuvemo T, et al. Enuresis–background and treatment. Scand J Urol Nephrol Suppl 2000;206:1-44 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11196246 [35]	Cochrane vertelt niets over anamnese en onderzoek specifiek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990)[40]. If daytime symptoms are present, investigations to identify physical(organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary(Djurhuus 1992)[41], with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004).[36]	P: children I: (medical) history C: / O: diagnosis enuresis
KV2	4. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. J Urol 2004 Jun;171(6 Pt 2):2545-61. [no abstract available] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15118418 [36]	Cochrane vertelt niets over anamnese en onderzoek specifiek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990)[40]. If daytime symptoms are present, investigations to identify physical(organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary(Djurhuus 1992)[41], with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004).[36]	P: children I: clinical or technical examination C: no examination O: diagnosis enuresis

NHG	Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		
	Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?
KV1	-Pathologie bij enurses - Scholtmeijer 1993[39], Hirasing 1994 [18] -Vragenlijst - Hirasing 1994 [18] -Mictielijst - Hirasing 2004[37] -Most-van Spijk MW, Schulpen TWJ, Wolters WHG. Hardnekkig bedplassen bij Turkse en Marokkaanse kinderen. Kind en Adolescent 1993;14:12-20.[38] -Van der Wal MF, Pauw-Plomp H, Schulpen TWJ. Bedplassen bij Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse kinderen van 3-4, 5-6 en 11-12 jaar. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:2410-4.[43] - Hirasing RA. Richtsnoer 'Enuresis nocturna'. Ned Tijdschr Geneeskd 1994;138:1360-6 [18]. -Hirasing RA, Van Leerdam FJM, Sukhai RN, Van Capelle JW, Froeling FMJA, Vijverberg MAW. Uitwerking richtsnoer 'Enuresis nocturna' voor kinderen met hardnekkige klachten. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:17-21.[37] -Scholtmeijer RJ, Nijman JM. Routinematig urodynamisch onderzoek bij kinderen met enuresis niet geïndiceerd. Ned Tijdschr Geneeskd 1993;137:808-10. [39]	Cochrane vertelt niets over anamnese en onderzoek specififek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990)[40]. If daytime symptoms are present, investigations to identify physical(organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary(Djurhuus 1992)[41], with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004)[36].	P: kinderen I: vragen om na te vragen C: / O: diagnosse enuresis
KV2	-Hirasing RA, Van Leerdam FJM, Sukhai RN, Van Capelle JW, Froeling FMJA, Vijverberg MAW. Uitwerking richtsnoer 'Enuresis nocturna' voor kinderen met hardnekkige klachten. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:17-21.[37] -Scholtmeijer RJ, Nijman JM. Routinematig urodynamisch onderzoek bij kinderen met enuresis niet geïndiceerd. Ned Tijdschr Geneeskd 1993;137:808-10.[39]	Cochrane vertelt niets over anamnese en onderzoek specififek buiten: Physical causes such as structural abnormalities and functional disorders of the urinary tract, including overactive bladder syndrome or urinary tract infections, are more often found in children who also have daytime wetting (Jarvelin 1990)[40]. If daytime symptoms are present, investigations to identify physical(organic) causes such as urinary tract dysfunction, congenital malformation and neurogenic disorders are usually necessary(Djurhuus 1992)[41], with treatment initially focused on addressing the daytime urinary symptoms (Hjalmas 2004)[36].	P: kinderen I: klinisch of technisch onderzoek C: geen onderzoek O: diagnose enuresis

Daarna werd de **samenhang** bekeken:

Algemeen was de consistentie in samenhang van de richtlijnen niet of moeilijk te achterhalen. NICE was hier een uitzondering.

De Duodecimrichtlijn[1] vermeldt niets dat ons de samenhang kon laten nagaan. Conclusie: samenhang slecht.

De NICE-richtlijn[4]is een uitzondering en is zeer consistent op vlak van samenhang. De klinische vragen staan vermeld in PICO-formaat, de mesh-termen en zoekstrategiën zijn beschikbaar en er zijn evidentietabellen in een van de appendices van de richtlijn te vinden. Algemeen scoort NICE hier zeer goed. Naar formulering van de aanbeveling is voornamelijk voor constipatie consistentie, doch de anamnese is verder voornamelijk op basis van experten opinie opgesteld. De aanbeveling wat betreft klinische en technische onderzoeken was ook voornamelijk op basis van experten advies geformuleerd. Conclusie: samenhang goed.

De AHRQ-richtlijn[6] vermeldt op vlak van anamnese en onderzoeken geen specifieke informatie i.v.m. de zoekstrategie. Er zijn ook geen evidentietabellen of samenvattingen, er wordt wel vermeld dat de aanbevelingen voornamelijk consensus gebaseerde interpretatie zijn. Conclusie: samenhang beperkt.

Van de NHG-richtlijn[5] kunnen online de mesh-termen en limieten teruggevonden worden. Achteraan de richtlijn bevinden zich 'noten' waarin kort de belangrijkste info uit de bronartikels wordt vermeld. De onderliggende evidentie is ook voornamelijk consensus gebaseerd. Conclusie: samenhang beperkt.

DUODECIM	**Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang**		
	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?
KV1	niet vermeld, geen beschrijving databases (bv. Medline), inclusie- en exclusiecriteria, type studies, type interventies, meetmethode van outcome,…	niet vermeld, evidentietabellen afwezig	niet te achterhalen
KV2	niet vermeld, geen beschrijving databases (bv. Medline), inclusie- en exclusiecriteria, type studies, type interventies, meetmethode van outcome,…	niet vermeld, evidentietabellen afwezig	niet te achterhalen

NICE	Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang		
	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?
KV1	SPECIFIEK: in appedix B worden de klinische vragen beschreven volgens PICOformaat, eveneens staan een aantal meshtermen in appendix B over history. Lijkt consistent. Een compleet overzicht van de zoekstrategiën zijn enkel te vinden bij navraag bij NCGC. "The strategies were developed for use on the OVID interface and Search 2 via NLH . The following databases were searched: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Health Technology Assessment Database (HTA), MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, CINAHL and PsycINFO . The Economic literature was searched using an economic and quality of life filter developed by ScHARR for Medline and EMBASE. The following were searched: NHS Economic Evaluations Database (NHSEED), MEDLINE, and EMBASE. Searches were conducted for systematic reviews and randomised controlled trials using search filters developed by the Centre for Reviews and Dissemination, SIGN and Cochrane Collaboration. Additional searches were undertaken for studies of other designs. **Copies of all the search strategies are available on request from the National Clinical Guidelines Centre.** " ALGEMEEN: ja, beschrijving databases (o.a. Medline), inclusie- en exclusiecriteria, type studies, type interventies, meetmethode van outcome,... Inclusiecriteria 1) kinderen <19j met bedplassen al/niet met symptomen overdag. 2) kinderen <19j met die bijzondere zorg vereisen met bedplassen en al/niet symptomen overdag. Exclusiecriteria: 1) kinderen >19j met eender welk type incontinentie 2) kinderen met enkel urinaire symptomen overdag. primaire outcomes: 1) 14 opeenvolgende nachten droog 2) 6 opeenvolgende maanden droog. Secundaire outcomes: 1) >90% verbetering, 2) 50-90% verbetering 3) recidief na 6 of 12 maand 4) reductie of verandering in het aantal natte nachten 5) 2 opeenvolgende nachten droog 6) bijwerkingen 7) psychologische effecten 8) levenskwaliteit 9) drop-outs 10) gedragsverandering 11) peristerend succes 12) hervalpreventie. The questions were developed by the project team with the guidance from the GDG. Where possible, the questions were refined into specific research questions by the project teams to aid literature searching, appraisal and synthesis.Reviews of the evidence using systematic methods of searching and appraisal were conducted to answer the clinical questions in line with the guidelines manual. The GDG and development teams agreed appropriate inclusion and exclusion criteria for each topic area in accordance with the scope. An initial scoping search for published guidelines, systematic reviews, economic evaluations and ongoing research was carried out on the following databases or websites: National Library for Health (NLH) Guidelines Finder (now NHS Evidence), National Guidelines Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Guidelines International Network (GIN), Canadian Medical Association (CMA) Infobase (Canadian guidelines), National Health and Medical Research Council (NHMRC), Clinical Practice Guidelines (Australian Guidelines), New Zealand Guidelines Group, BMJ Clinical Evidence, TRIP database, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) and Heath Technology Assessment Database (HTA), NHS Economic Evaluations Database (NHSEED), DH Data, MEDLINE and EMBASE. The aim of the evidence review was to identify the most relevant, published evidence in relation to the key clinical questions generated by the GDG. Reviews of the evidence using systematic methods relating to searching and appraisal of the evidence were conducted. The following bibliographic databases were searched from their inception to the latest date available: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Health Technology Database (HTA), CENTRAL (Cochrane Controlled Trials Register), MEDLINE, EMBASE, CINAHL and PsycINFO.	SPECIFIEK: Ja, samenvatting staat per artikel beschreven. Referentieartikels gaan vnl over link met constipatie, hierover is de consistentie in orde. Ivm de overige elementen is er weinig onderbouwing en is deze stap moeilijk beoordeelbaar . ALGEMEEN: Two stages of quality assessment were conducted. At the first stage, studies were quality assessed and only included in the review and meta-analysis if they met quality criteria. Data from these studies were then extracted and the outcomes of interest were pooled. At the second stage, the quality of evidence for each of these outcomes was then quality assessed using elements of the GRADE system.The evidence for outcomes from RCTs which passed the quality assessment were evaluated and presented using the 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) toolbox' developed by the international GRADE working group (http://www.gradeworkinggroup.org/). When heterogeneity exists (Chi square p<0.05 or I-square >50%), but no plausible explanation can be found, the quality of evidence was downgraded by one or two levels, depending on the extent of uncertainty to the results contributed by the inconsistency in the results. On top of the I- square and Chi square values the decision for downgrading was also dependent on factors such as whether the intervention is associated with benefit in all other outcomes or whether the uncertainty about the magnitude of benefit (or harm) of the outcome showing heterogeneity would influence the overall judgment about net benefit or harm (across all outcomes). Indirectness is important when these differences are expected to contribute to a difference in effect size, or may affect the balance of harms and benefits considered for an intervention.Results are imprecise when studies include relatively few patients and few events and thus have wide confidence intervals around the estimate of the effect relative to the minimal important difference. 95% confidence interval crosses the minimal important difference (MID), either for benefit of harm. As the MID was not known for the outcomes for NE and the use of different outcomes measures required calculation of a standardised mean difference (SMD), the outcome will be considered for downgrading if the upper or lower confidence limit crosses a SMD of 0.5 in either direction. The narrative summary of results is presented for each study and includes a brief description of incremental cost, incremental effectiveness, the incremental cost-effectiveness ratio and a discussion of uncertainty. References identified by the systematic literature search were screened for appropriateness by title and abstract by	SPECIFIEK: Ja, bvb voor constipatie. Doch voorts is moeilijk beoordeelbaar. Groot stuk is ook op expertenadvies gebaseerd (GDG) en niet op echte evidence ALGEMEEN: In preparation for each meeting, the following papers were made available to the GDG one week before the scheduled GDG meeting: • The protocol followed in terms of the methods of the evidence review. • Summary of the clinical evidence and quality (as presented in the chapters) • Extractions of the clinical and economic evidence (when possible) The GDG discussed the evidence at the meeting and agreed evidence statements and recommendations. The guideline has been developed in accordance with the Institute's guideline development process. This has included allowing registered stakeholders the opportunity to comment on the scope of the guideline and the draft of the full and short form guideline. In addition, the draft was reviewed by an independent Guideline Review Panel (GRP) established by the Institute. The comments made by the stakeholders, peer reviewers and the GRP were collated and presented for consideration by the GDG. All comments were considered systematically by the GDG and the development team recorded the agreed responses.

	The scoping searches had retrieved a number of Cochrane reviews therefore an update search was carried out in October 2008 to locate new systematic reviews or randomised controlled trials of interventions. The Cochrane Incontinence group search strategy was adapted and methodological search filters designed to limit searches to these study designs were used. These were devised by the Centre for Reviews and Dissemination and the Cochrane Collaboration. An additional search was carried out in February 2009 to find papers using other study designs. The economic literature was identified by conducting searches in NHS Economic Evaluations Database (NHSEED), HTA database and in MEDLINE and EMBASE using an economics search strategy developed by ScHARR at the University of Sheffield. Foreign language papers were excluded from all search results. All of the searches were rerun in December 2009 prior to consultation. Databases of the results of the searches for each question or topic area were created using the bibliographic management software Reference Manager	the systematic reviewer. Studies were selected that reported one or more of the outcomes listed in section 4.4.2 Selected studies were ordered and assessed in full by the NCGC team using agreed inclusion/exclusion criteria specific to the guideline topic, and using NICE methodology quality assessment checklists appropriate to the study design.	
KV2	SPECIFIEK: in appedix B worden de klinische vragen beschreven volgens PICOformaat, eveneens staan een aantal meshtermen in appendix B. echter niet ivm onderzoek. Een compleet overzicht van de zoekstrategiën zijn enkel te vinden bij navraag bij NCGC. "The strategies were developed for use on the OVID interface and Search 2 via NLH . The following databases were searched: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Health Technology Assessment Database (HTA), MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, CINAHL and PsycINFO . The Economic literature was searched using an economic and quality of life filter developed by ScHARR for Medline and EMBASE. The following were searched: NHS Economic Evaluations Database (NHSEED), MEDLINE, and EMBASE. Searches were conducted for systematic reviews and randomised controlled trials using search filters developed by the Centre for Reviews and Dissemination, SIGN and Cochrane Collaboration. Additional searches were undertaken for studies of other designs. **Copies of all the search strategies are available on request from the National Clinical Guidelines Centre.** " ALGEMEEN: zie hierboven	SPECIFIEK: Ja, staat samenvatting beschreven per artikel. ALGEMEEN: zie hierboven	SPECIFIEK: Minder consistent. Meestal vnl gebaseerd op experten advies. Weinig onderbouwing. Urinalysis: "The GDG considered whether all children and young people presenting with bedwetting required routine urinalysis. The GDG considered that an absolute requirement for urinalysis was suspicion of diabetes, urinary tract infection, signs of ill health, recent onset of bedwetting or when child or young person had daytime symptoms. There was no epidemiological or cohort evidence examining prevalence of abnormal urinalysis in populations with bedwetting. The professional experience of the GDG was that untargeted urinalysis was not necessarily clinically worthwhile and did have a financial cost. The GDG considered that a recommendation saying 'do not perform urinalysis routinely' gave clinicians permission to use clinical judgement but indicated that routine urinalysis was not a requirement in assessment of children and young people." Wat betreft dagboek: "There was no evidence available evaluating the usefulness of chart/diaries. The GDG had considerable experience in using bladder charts and diaries in clinical practice. " "The GDG did not consider there was clinical benefit for the majority of children in performing radiological investigations and there might be significant harm in terms of discomfort and radiation exposure." ALGEMEEN: zie hierboven

AHRQ	Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang		
	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?
KV1	SPECIFIEK: niet vermeld ALGEMEEN: The guidelines were compiled based on current literature following a systematic review using MEDLINE. Application of a structured analysis of the literature was not possible in many conditions due to a lack of welldesigned studies. Due to the limited availability of large randomised controlled trials (RCTs) - influenced also by the fact that a considerable number of treatment options relate to surgical interventions on a large spectrum of different congenital problems - this document will largely be a consensus document. Also, there is clearly a need for continuous re-evaluation of the information presented in the current document.	SPECIFIEK: geciteerde artikels bevatten vnl definities en zijn ook reviews of overzichtsartikels. Dus vnl consususgebaseerde interpretatie. Dit wordt ook algemeen vermeld. ALGEMEEN: The aim of grading the recommendations is to provide transparency between the underlying evidence and the recommendation given. The availability of RCTs may not necessarily translate into a grade A recommendation if there are methodological limitations or disparities in the published results. Conversely, an absence of high-level evidence does not necessarily preclude a grade A recommendation if there is overwhelming clinical experience and consensus. In addition, there may be exceptional situations in which corroborating studies cannot be performed, perhaps for ethical or other reasons. In this case, unequivocal recommendations are considered helpful for the reader. Whenever this occurs, it has been clearly indicated in the text with an asterisk as ‘upgraded based on panel consensus’.	The quality of the underlying scientific evidence is a very important factor, but it has to be balanced against benefits and burdens, values and preferences and costs when a grade is assigned (2-4). The EAU Guidelines Office does not perform cost assessments, nor can they address local/national preferences in a systematic fashion. However, whenever such data are available, the expert panels will include the information.
KV2	SPECIFIEK: niet vermeld ALGEMEEN: The guidelines were compiled based on current literature following a systematic review using MEDLINE. Application of a structured analysis of the literature was not possible in many conditions due to a lack of welldesigned studies. Due to the limited availability of large randomised controlled trials (RCTs) - influenced also by the fact that a considerable number of treatment options relate to surgical interventions on a large spectrum of different congenital problems - this document will largely be a consensus document. Also, there is clearly a need for continuous re-evaluation of the information presented in the current document.	SPECIFIEK: geciteerd artikel is niet te lezen, zelfs geen abstract op Pubmed ALGEMEEN: The aim of grading the recommendations is to provide transparency between the underlying evidence and the recommendation given. The availability of RCTs may not necessarily translate into a grade A recommendation if there are methodological limitations or disparities in the published results. Conversely, an absence of high-level evidence does not necessarily preclude a grade A recommendation if there is overwhelming clinical experience and consensus. In addition, there may be exceptional situations in which corroborating studies cannot be performed, perhaps for ethical or other reasons. In this case, unequivocal recommendations are considered helpful for the reader. Whenever this occurs, it has been clearly indicated in the text with an asterisk as ‘upgraded based on panel consensus’.	De meeste elementen van de samenvatting worden weerhouden in de richtlijn er is dus wel degelijk consistentie aanwezig.T he quality of the underlying scientific evidence is a very important factor, but it has to be balanced against benefits and burdens, values and preferences and costs when a grade is assigned (2-4). The EAU Guidelines Office does not perform cost assessments, nor can they address local/national preferences in a systematic fashion. However, whenever such data are available, the expert panels will include the information.

NHG	Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang		
	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?
KV1	ja, specifieke zoekstrategie per guideline te openen online, oplijsting welke zoektermen (oa mesh) en welke limits gebruikt zijn	SPECIFIEK: meeste artikels verwijzen naar opgestelde vragenlijst uit volgende artikel Hirasing RA. Richtsnoer 'Enuresis nocturna'. Ned Tijdschr Geneeskd 1994;138:1360-6 [18] Beschrijft 2 vragenlijsten, 1 ter uitsluiting incontinentie en 1 om ernst enuresis vast te leggen. Deze zijn gebaseerd op consensus werkgroep en op 'al in omloop zijnde vragenlijsten' waar geen directe bron van te vinden is ALGEMEEN: niet duidelijk vermeld, wel uit de 'noten' achteraan de tekst wat te interpreteren, daar zijn bronartikels kort besproken	SPECIFIEK: lijst 1 is te vinden in de voetnoot, in richtlijn zelf zijn ze in een opsomming gebundeld, iets anders maar inhoudelijk gelijk. De tweede lijst is deels verwerkt in huidige aanbevolen anamnese. ALGEMEEN: niet duidelijk vermeld, maar 'noten' achteraan geven vaak conclusie en deze komt overeen met de aanbevelingen
KV2	ja, specifieke zoekstrategie per guideline te openen online, oplijsting welke zoektermen (oa mesh) en welke limits gebruikt zijn.	SPECIFIEK: Artikel van scholtmeijer[39] concludeert dat urodynamisch onderzoek slechts bij weinigen bijdrage levert aan diagnostiek en niet aangewezen is in 1e lijn routineonderzoek bij kinderen met enuresis. Lichamelijk onderzoek en urineonderzoek wordt in richtlijn Hirasing 1994[18] aangeraden, ook op basis van consensus. In richtlijn Hirasing 2004[37] (voor hardenkkige klachen) wordt urineonderzoek enkele aangeraden bij afwijkende anamnese. Wat betreft lichamelijk onderzoek wordt er weinig over gezegd, mogelijks ook dat dit verwacht wordt al in 1^{e} aanmelding tot onderzoek en/of doorverwijzing zou hebben geleid. De focusgroep van NHG heeft lichamelijk onderzoek weerhouden indien er anamnestisch aanwijzingen zijn tot afwijkingen in mictiepatroon of andere functiestoornissen. Hirasing 2004[37] beveelt aan om bij hardnekkige klachten toch ook drink- en mictielijst op te stellen. Eveneens consensus. ALGEMEEN: niet duidelijk vermeld, wel uit de 'noten' achteraan de tekst wat te interpreteren, daar zijn bronartikels kort besproken	SPECIFIEK: Ja. Urodynamisch onderzoek wordt niet aangeraden in 1e lijn. Lichamelijk onderzoek en urineonderzoek enkele bij aanwijzingen in anamnese. Voorbeeld drink- en mictielijst uit bron Hirasing 2004[37] is in voetnoot te vinden, deze wordt in richtlijn ook enkele aangeraden bij aanhoudende gevallen ALGEMEEN: niet duidelijk vermeld, maar 'noten' achteraan geven vaak conclusie en deze komt overeen met de aanbevelingen

Als laatste werd de **toepasbaarheid** bekeken. Er werden geen barrières weerhouden voor het toepassen van deze aanbeveling in de Belgische zorgcontext.

Er waren geen aanpassingen nodig zodat de aanbevelingen toepasbaar zouden zijn in de Belgische zorgcontext. Wel is er een mogelijkheid dat er soms wel een iets hogere drempel kan zijn voor bepaalde anamnesevragen meer bepaald i.v.m. psychosociale problemen. Ook voor klinisch onderzoek van de genitaliën kan er voor sommige artsen, patiënten en ouders van patiënten een iets hogere drempel liggen.

2. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

1. Klinische vraag 1: Welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

In de Duodecimrichtlijn[1] werd geen echte duidelijke anamnese voorgesteld. Gerichte anamnese is echter een hoeksteen in de diagnosestelling van enuresis volgens de NICE-, de NHG- en de AHRQ-richtlijn[4-6]. Er werd bijgevolg geopteerd om de aanbeveling uit de Duodecimrichtlijn niet te adapteren. De elementen die je kon afleiden werd behouden en werden aangevuld en herformuleerd. Er werden in de NICE[4], de NHG[5] en de AHRQ[6] gelijkaardige anamnestische bevragingen voorgesteld. Allen voornamelijk gebaseerd op consensus, de vraag rond obstipatie had iets meer onderbouwing. (zie ook hierboven). De NICE-richtlijn zeer overzichtelijk is en hoogst scoorde in de AGREE II[3]. Bijgevolg werd ervoor geopteerd om de NICE grotendeels te vertalen en over te nemen: Grade 1C werd toegekend. (Beperkte onderbouwing, anamnese makkelijk toepasbaar)

Bij aanmeldingsklacht enuresis dienen volgende zaken nagevraagd te worden:

1. Leeftijd (ongecompliceerde enuresis behoeft geen therapie voor leeftijd van 5jaar.)
2. Vraag de startdatum van de enuresis na.
   Indien recent, overweeg of dit een symptoom is van een systemische aandoening.
3. Ga na of er reeds een enuresisvrije periode geweest van minimum 6 maanden, zonder enuresisbehandeling op dat moment .
   Zoja, vraag na of er mogelijke medische, emotionele of psychologische triggers zijn, en overweeg bijgevolg of oppuntstelling en behandeling nodig is voor deze triggers .
4. Probeer het patroon van bedplassen in kaart te brengen, vraag onder meer naar:
   Hoeveel nachten/week? Hoeveel keer/nacht? Grote hoeveelheden urine? Welk moment van de nacht?
5. Ga na of er symptomen overdag (daytime enuresis) aanwezig zijn, bevraag onder meer:
   Frequentie overdag (normaal 4-7x/d) ? Urgency overdag? Enuresis overdag? Zwakke of onderbroken straal ? Dysurie ?
6. Vraag naar dagelijkse toiletgewoonten, onder meer:
   Komen sommige symptomen overdag enkel voor in specifieke situaties? Wordt er op school vermeden om naar toilet te gaan? Gaat het kind meer/minder naar toilet in vergelijking met zijn/haar peers?
7. Vraag naar vochtinname gedurende de dag. Vraag ook naar restrictie van vochtinname door kind zelf of verzorgers.
8. Peil naar volgende comorbiditeiten:
   Constipatie en/of faecale incontinentie?
   Diabetes mellitus?
   Ontwikkelings-/ aandacht- /leerstoornissen?
   Emotionele problemen/ gedragsproblemen/ familiale problemen?

2. Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

Er werd besloten de kernboodschap van de Duodecimrichtlijn[1] i.v.m. urineonderzoek aan te passen en er werden twee extra kernboodschappen toegevoegd.

Er was voor **urineonderzoek** ook onderbouwing vanuit de andere richtlijnen. Wel telkens niet bij elke patiënt met enuresis, maar in specifieke gevallen. Dit indien er sprake is in de anamnese van enuresis overdag [1,4], algemeen ziek zijn, symptomen die kunnen wijzen op een urineweginfectie, vermoeden diabetes mellitus [4] of diabetes insipidus [6]. De NHG-richtlijn [5] veralgemeent en raad aan in gevallen waar vermoeden is van onderliggende pathologie. Deze aanbevelingen zijn telkens grotendeels gebaseerd op consensus. Er werd Grade 1C toegekend.

De NHG-richtlijn [5] beveelt aan om **lichamelijk onderzoek** te verrichten wanneer er door anamnese vermoeden bestaat voor een pathologisch mictiepatroon of andere functiestoornissen. Deze aanbeveling is gebaseerd op expertenopinie [18]. Er werd voor gekozen deze aanbeveling over te nemen, mede door het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen en de toegankelijkheid ervan inde Belgisch zorgcontext . Deze richtlijn betreft naar behandeling toe enkel ongecompliceerde enuresis nocturna dus patiënten waar dit onderzoek van toepassing zullen vermoedelijk niet meer verder onder deze richtlijn vallen. Dit is ook mogelijks de reden waarom dit niet in andere richtlijnen aan bod kwam. Er is weliswaar geen harde evidentie voor deze aanbeveling. Vandaar werd Grade 1C toegekend.

De aanbeveling om een **dagboek** te gebruiken komt in de drie richtlijnen terug. Doch steeds enkel onderbouwd door experten advies en geen harde evidentie. De NICE-richtlijn [4] beveelt aan te overwegen of het zinvol is, de AHRQ-richtlijn [6] beveelt het aan om de behandeling te leiden en bij de NHG-richtlijn [5] is het gebaseerd op aanbeveling van het richtsnoer voor 'hardnekkige' klachten van Hirasing et al.[37] . Een dagboek opstellen is wel arbeidsintensief. Er werd gekozen om de aanbeveling over te nemen met Grade 2C. De formulering laat de arts toe zelf in te schatten of het per casus nuttig kan zijn.

1. Urineonderzoek is aangewezen indien er sprake is van:
   enuresis overdag, algemeen ziek zijn, symptomen die kunnen wijzen op een urineweginfectie , vermoeden diabetes mellitus of diabetes insipidus
2. Klinisch onderzoek is aangeraden bij anamnestisch vermoeden pathologisch mictiepatroon of andere functiestoornissen . (1C)
   Dit betreft klinisch onderzoek van abdomen, genetalia, algemene gezondheidstoestand, groei en ontwikkeling. (1C)
3. Overweeg om de ouders een drink- en plasdagboek van hun kind te laten bijhouden. Dit kan vochtinname/mictiepatroon in kaart brengen wanneer onduidelijk door anamnese. (2C)

	Aanbeveling uit de Duodecim guideline	Aanbeveling adapteren ? ja / neen	Richtlijn/EBM-informatie geselecteerd voor adaptatieproces	Commentaar - toelichting bij gemaakte keuzes
KV1	Geen duidelijke vermelding, echter wel af te leiden: 1. Examine a urine specimen in all children with daytime enuresis and refer them to a paediatrician 2. If enuresis is associated with constipation, the treatment of constipation may reduce enuresis 3. Treat nocturnal enuresis in primary care from the age of 5 years	Nee, de elementen afgeleid uit de richtlijn worden behouden doch zijn te beperkt en moeten aangevuld worden	NHG, NICE, AHRQ [4-6]	In de Duodecimrichtlijn werd geen echte duidelijke anamnese voorgesteld. Gerichte anamnese is echter hoeksteen van diagnosestelling van enuresis. Dit geven NICE, AHRQ en NHG aan . Er werden vaak dezelfde anamnestische vragen beschreven. Deze baseren zich voornamelijk op consensus, obstipatie is iets meer onderbouwd met klinische studies (cfr. hierboven). De anamnese aanbevolen in de NICE-richtlijn is zeer overzichtelijk en gestructureerd, lijkt ons handig om mee te werken. Er werd ervoor geopteerd de NICE te vertalen.
KV2	A urine specimen (dipstick and bacterial culture) should be examined in all children with daytime enuresis	ja (mits extra aanvulling)	NHG, NICE, AHRQ[4-6]	-Urineonderzoek: de aanbeveling van Duodecim werd weerhouden, onderbouwing ook door de andere richtlijnen. GRADE 1C werd toegekend op basis van de beperkte onderbouwing in de literatuur (C); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (1). -Lichamelijk onderzoek: er werd geopteerd de focusgroep van NHG te volgen in hun aanbeveling, voornamelijk gezien de laagdrempeligheid van lichamelijk onderzoek. Bij de patiënten waarbij deze aanbeveling van toepassing zal zijn gaat het hoogstwaarschijnlijk niet meer om een ongecompliceerde enuresis nocturna. Verdere aanbevelingen omtrent conclusie na onderzoek vallen bijgevolg niet meer onder deze richtlijn. GRADE 1C werd toegekend op basis van de beperkte onderbouwing in de literatuur (C); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (1). -Dagboek: een dagboek of mictielijst kan helpen drink- en mictiepatroon in kaart te brengen. Op die manier kunnen adviezen en/of behandeling hierop afgesteld worden. Gezien dit arbeidsintensiever is werd er besloten GRADE 2C toe te kennen. Deze aanbeveling valt te overwegen afhankelijk van o.a. duidelijkheid van de casus of falen van eerdere behandeling.

	Geadapteerde aanbeveling	Toegekende GRADE
KV1	Bij aanmeldingsklacht enuresis dienen volgende zaken nagevraagd te worden: 1. Leeftijd (ongecompliceerde enuresis behoeft geen therapie voor leeftijd van 5jaar.) 2. Vraag de startdatum van de enuresis na. Indien recent, overweeg of dit een symptoom is van een systemische aandoening. 3. Ga na of er reeds een enuresisvrije periode geweest van minimum 6 maanden, zonder enuresisbehandeling op dat moment . Zoja, vraag na of er mogelijke medische, emotionele of psychologische triggers zijn, en overweeg bijgevolg of oppuntstelling en behandeling nodig is voor deze triggers . 4. Probeer het patroon van bedplassen in kaart te brengen, vraag onder meer naar: Hoeveel nachten/week? Hoeveel keer/nacht? Grote hoeveelheden urine? Welk moment van de nacht? 5. Ga na of er symptomen overdag (daytime enuresis) aanwezig zijn, bevraag onder meer: Frequentie overdag (normaal 4-7x/d) ? Urgency overdag? Enuresis overdag? Zwakke of onderbroken straal ? Dysurie ? 6. Vraag naar dagelijke toiletgewoonten, onder meer: Komen sommige daytime symptomen enkel voor in specifieke situaties? Wordt er op school vermeden om naar toilet te gaan? Gaat het kind meer/minder naar toilet in vergelijking met zijn/haar peers? 7. Vraag naar vochtinname gedurende de dag. Vraag ook naar restrictie van vochtinname door kind zelf of verzorgers. 8. Peil naar volgende comorbiditeiten: Constipatie en/of faecale incontinentie? Diabetes mellitus? Ontwikkelings-/ aandacht- /leerstoornissen? Emotionele problemen/ gedragsproblemen/ familiale problemen?	1C
KV2	1. Urineonderzoek is aangewezen indien er sprake is van: enuresis overdag, alg ziek zijn, UWIsymptomen , vermoeden diabetes mellitus of diabetes insipidus 2. Klinisch onderzoek is aangeraden bij anamnestisch vermoeden pathologisch mictiepatroon of andere functiestoornissen . Dit betreft klinisch onderzoek van abdomen, genetalia, algemene gezondheidstoestand, groei en ontwikkeling. 3. Overweeg om de ouders een drink- en plasdagboek van hun kind te laten bijhouden. Dit kan vochtinname/mictiepatroon in kaart brengen wanneer onduidelijk door anamnese.	1C Dagboek 2C

3. Opstellen van de richtlijn

De opgestelde richtlijn werd toegevoegd in bijlage 1.

4. Implementatie fase

Deel 1: Peer review

De aanbevelingen van de vier klinische vragen werden voorgesteld in 2 lokgroepen van huisartsen en 2 seminariegroepen van HAIO's aan de hand van een korte powerpointvoorstelling. Achteraf konden vragen en/of opmerkingen naar voor komen over de richtlijn zelf en/of de toepasbaarheid ervan in de Belgische zorgsector.

Wat kwam hier voornamelijk uit:

- Toepasbaarheid in de Belgische zorgsector leek geen probleem
- Er was vraag naar een definitie. Bijgevolg werd deze bij de inleiding van de richtlijn toegevoegd:
  "Men spreekt van enuresis bij kinderen vanaf ≥5 jaar met episodes van urinaire incontinentie tijdens de slaap in de afgelopen 3 maand minimum 2x/week (of als >7j minimum 1x/maand) zonder andere lichamelijke aandoening en zonder andere symptomen." [5]

Deel 2: Implementatie in de eigen opleidingspraktijk

Er werd in de opleidingspraktijk aan de vier collega-huisartsen per 2 gevraagd hoe zij een fictieve casus zouden benaderen op vlak van anamnese. Verscheidene zaken kwam al vlot naar boven:

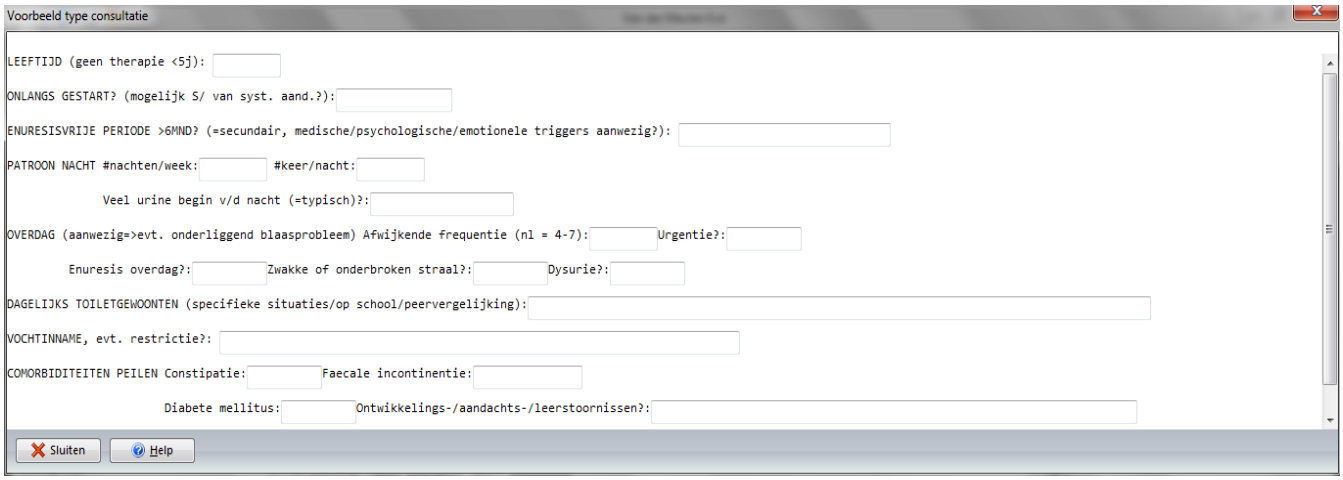
Groep 1	Groep 2
-Leeftijd -Ooit periode droog geweest? -Enkel 'snachts? -Encopresis? -Elke nacht last? -Event op school/thuis/… -Onderliggende lichamelijke aandoening: diabetes mellitus, UWI, diabetes insipidus -Drinkpatroon	-Leeftijd -Sinds wanneer? -Periode zonder enuresis gehad? => zoja, verder nakijken, oa psychisch -Andere oorzaken: -infectie (blaas oa) -diabetes -Psychische problemen, setting thuis

Daarna werd de anamnese uit de richtlijn voorgesteld. De opgestelde anamneses kwamen al in de buurt al ontbraken nog enkele zaken. Obstipatie was (buiten wel vermelding encopresis) opvallend door beide groepen niet nagevraagd, ondanks dat er hier nog de meeste onderbouwing voor is in de literatuur. Daarnaast werd wel duidelijk aan psychosomatische oorzaak, diabetes of UWI gedacht. Leeftijd werd nagevraagd. Droge periodes werden nagevraagd. De actuele frequentie, het nachtelijk patroon en symptomen overdag kwamen niet echt aan bod.

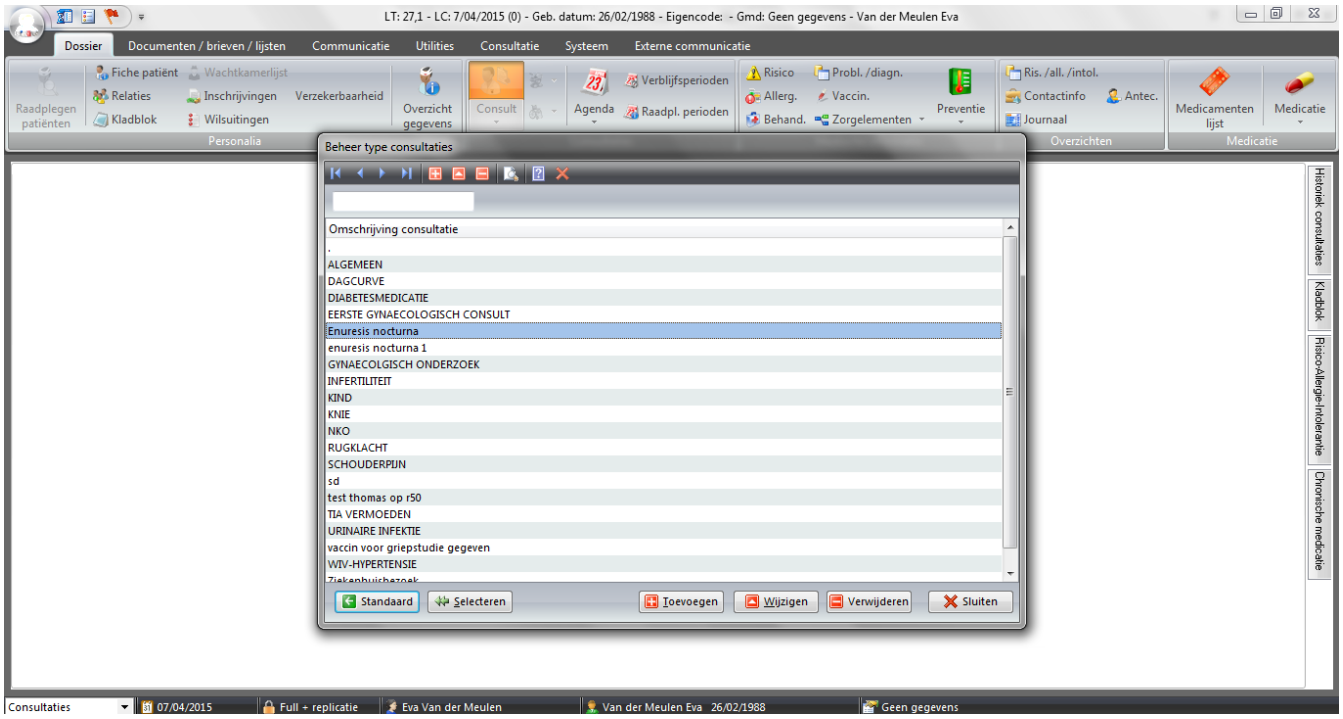
De voorgesteld anamnese werd als overzichtelijk en volledig beschouwd.

Vervolgens werd ook het sjabloon voor de type-consultatie voor in het elektronisch medisch dossier (EMD) voorgesteld en ter beschikking gesteld (zie hieronder enkele screenshots en uitleg). De implicatie van het mogelijke antwoord werd zo veel mogelijk ook erbij gezet om het gebruik nog makkelijker te maken. Dit werd positief ontvangen door de collega's.

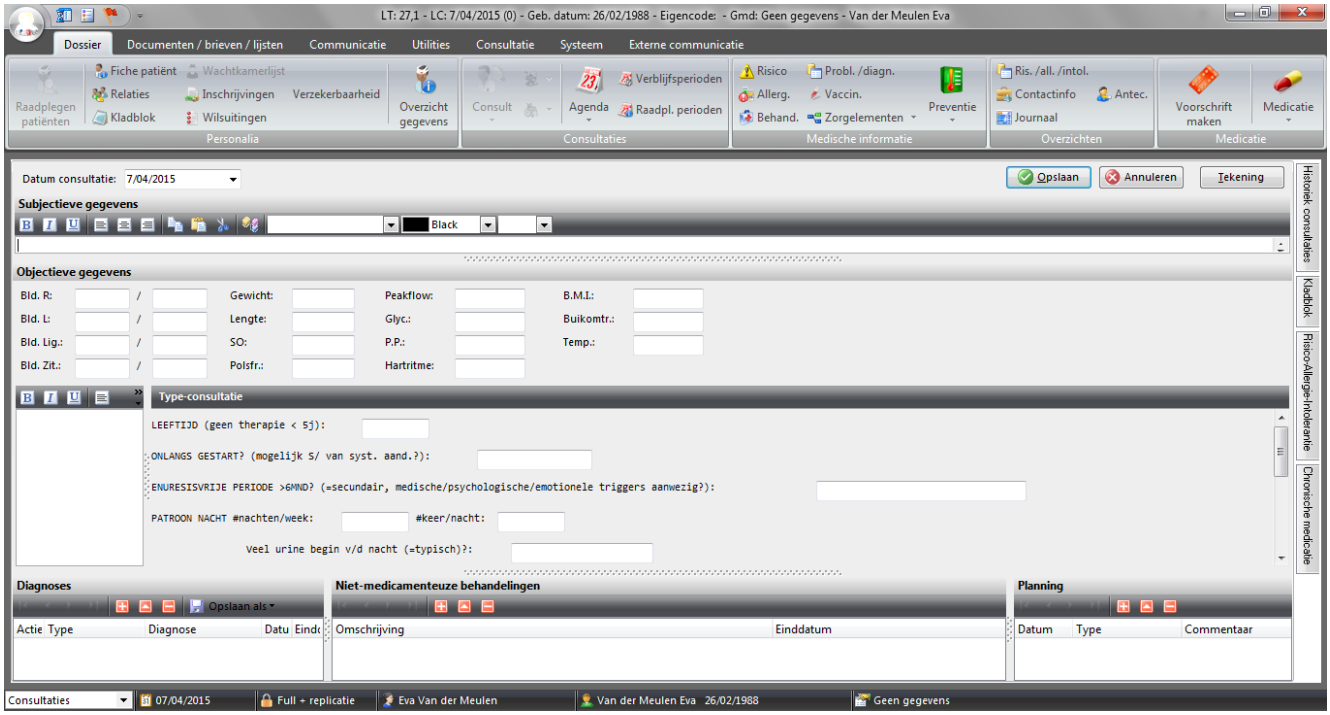
Hieronder is er een beeld van hoe de vragen in een type-consultatie opgelijst worden. Dit is een voorbeeld dat kan bekeken worden tijdens het aanmaken van de type-consultatie. Als een echte consultatie wordt geopend is dit vak niet volledig in deze grootte geopend aangezien het tussen nog andere vakken komt te staan. (zie verder)



Bij het openen van een nieuwe consultatie kan men ene type consultatie aanklikken, specifiek ontworpen voor een bepaalde aanmeldingsklacht.



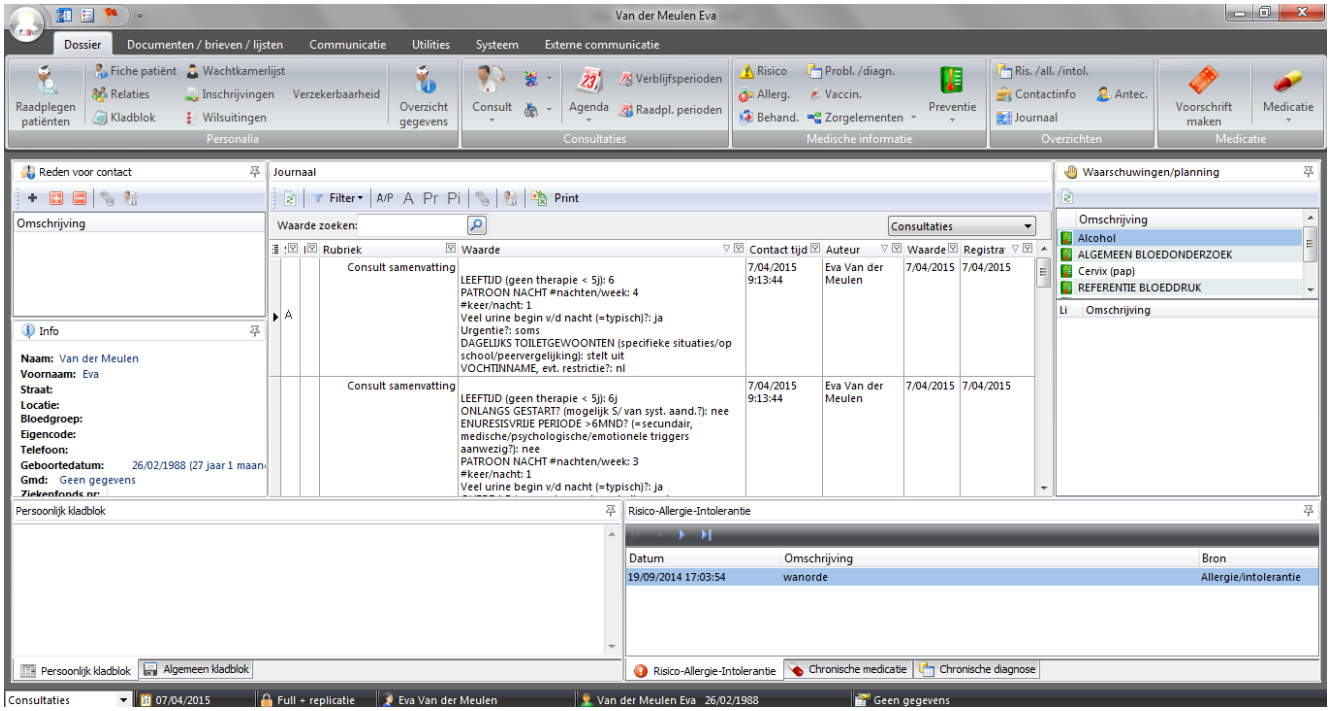
Bij het kiezen van het type enuresis nocturna komt men in volgende scherm:



Soms moeten in dit scherm wel nog de afmetingen van de vakken aangepast worden (dit kan gewoon via klikken en schuiven op de stippellijnen.)

Via scroll-methode of via tabs te gebruiken kan men in het type-consultatie-vak naar de verder in te vullen vragen (zie eerste figuur hierboven) die op dit beeld niet allemaal zichtbaar zijn.

Na het sluiten van het consultatiescherm krijgt men een samenvatting van wat is ingevuld:



Elke veld dat ingevuld wordt zal samen met de oorspronkelijke vraag verschijnen in de samenvatting. Indien men liever heeft dat indien men ‘nee’ zou invullen bij een bepaald item, dit dan niet verschijnt in de samenvatting (om de samenvatting korter of overzichtelijk te maken bv.), kan men dat veld gewoon blanco laten.

Discussie

Om deze richtlijn op te stellen werd vertrokken vanuit één richtlijn [1] en werden drie andere richtlijnen [4-6] in beschouwing genomen om tot een finale aanbeveling te komen. Dit gebeurde voor vier klinische vragen, waarvan twee in deze thesis nader werden besproken. Deze vier klinische vragen kunnen samen een richtlijn vormen voor diagnostiek en aanpak van enuresis. Bij vermoeden van een onderliggend probleem bij een casus zullen de verder te zetten stappen buiten deze richtlijn vallen.

De eerste klinische vraag betrof de anamnese bij een kind met enuresis in de eerste lijn. De onderbouwing in de Duodecimrichtlijn was zeer beperkt en eigenlijk ook in de drie andere richtlijnen. Het grootste deel baseerde zich op experten opinie en consensus. Enkel constipatie was duidelijk meer onderbouwd door wetenschappelijke literatuur in alle drie de richtlijnen. Deze beperkte onderbouwing reflecteert in de toegekende GRADE 1C (Sterke aanbeveling - Laag of zeer laag niveau van bewijskracht => Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt; *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*). Indien toekomstige literatuur meer onderbouwing en/of andere onderdelen zou aanbrengen, kan het nodig zijn deze aanbeveling te herzien.

Er werd getracht om een zo overzichtelijk mogelijke aanbeveling voor anamnese op te stellen, zeker ook aangezien enuresis een beperkte prevalentie heeft. Daarom werd ervoor gekozen om grotendeels de anamnese uit de NICE-richtlijn [4] te vertalen. In de richtlijn werd ook een interpretatietabel toegevoegd, welke ook zijn oorsprong heeft in de NICE-richtlijn.

De tweede klinische vraag betrof verdere klinische en technische onderzoeken bij een kind met enuresis in de eerste lijn.
- Urineonderzoek kwam in elke richtlijn aan bod en gaf de meeste onderbouwing en werd enkel aangeraden bij specifieke situaties. Doch waren de studies waarop de onderbouwing gebaseerd was voornamelijk kleine groepen, case-studies, 2^{e} lijns-situaties en dus is de basis van de aanbeveling in elke richtlijn meer gebaseerd op experten advies. Vandaar ook de toekenning GRADE 1C.
- Klinisch onderzoek komt enkel in de NHG-standaard aan bod. Er werden ook geen klinische studies hierover teruggevonden. Dit werd aanbevolen in specifieke situaties op basis van expertenadvies. Gezien dit zeer makkelijk toepasbaar is werd deze aanbeveling behouden. Wel dient gezegd te worden dat gezien dit enkele bij specifieke casussen is waar er een vermoeden voor onderliggende pathologie is, deze patiënten meest waarschijnlijk ook daarna verder buiten beschouwing van vervolg van de richtlijn zullen vallen en andere behandeling/onderzoeken/doorverwijzing zullen vergen. Er werd een GRADE 1C toegekend.
- Een dagboek betreft mictie en vochtinname werd door NHG, NICE en AHQ geopperd. Hieromtrent echter ook geen evidence based onderbouwing in de literatuur maar enkele experten opinie. Dit werd overgenomen mits een toelichting dat dit voornamelijk handig kan zijn wanneer de anamnese hier geen duidelijkheid in brengt. Gezien dit tijdrovender is werd de GRADE 2C (Zwakke aanbeveling - Laag of zeer laag niveau van bewijskracht => Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn; *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*) toegekend.

Door voorstelling van de richtlijnen in 2 LOK-groepen en 2 seminariegroepen werd de toepasbaarheid en duidelijkheid nagegaan. Gezien hierdoor ook huisartsen van verschillende

leeftijden werden bereikt vergroot dit de impact op implementeerbaarheid. Dit was natuurlijk een mondelinge evaluatie en deze werd niet in de praktijk nagegaan.

De opgestelde type-consultatie in het elektronisch medisch dossier (EMD) van mijn opleidingspraktijk is een handige mogelijkheid om overzichtelijk en volledig een enuresis-casus uit te diepen en te registreren. Gezien de beperkte prevalentie kan het helpen om de anamnese volledig te maken aangezien er dan makkelijker een aspect bij anamnese kan vergeten worden. De interpretatie werd er waar mogelijk bij vermeld om het nog praktischer te maken. Nadeel is dat dit bij mogelijke verandering van merk van EMD deze hulp bij anamnese mogelijks zal verloren gaan. Dit is nog verder te bekijken in de toekomst.

Algemeen gezien geeft de richtlijn (zie bijlage) naar opbouw veel herhaling en is niet echt gebruiksvriendelijk. Dit komt door de gestandaardiseerde opgelegde structuur ervan, die wel handig is in het bekijken van onderbouwing e.d.. Bij de NICE-richtlijnen wordt een gelijkaardige structuur toegepast. Indien de richtlijn in de toekomst zou gepubliceerd worden online of via een andere toepassing zou het handiger zijn als je kan doorklikken om bv. de interpretatietabel, onderbouwing erbij te krijgen.

Deze adaptatie was voor mijn collega-HAIO Ann-Sophie Meul en mezelf een ongekend terrein. Doch de gestandaardiseerde procedure, een continue overlegmogelijkheid en nazicht door co-promotor Dr. Hanne Cloetens, de overlegmomenten in groep door evidence based medicine experten en apart met co-promoter en promotor ondersteunden ons werk. De literatuurstudie en ADAPTE-procedure werden door beiden onafhankelijk doorlopen waardoor er meteen een controle op het werk zat. De peer-review onderzocht en ondersteunde vervolgens de implementeerbaarheid van de richtlijn.

Besluit

Deze manama bespreekt het opstellen van de richtlijn enuresis bij het kind. Dit was een arbeidsintensief proces dat naast kennis ivm het onderwerp ook extra inzicht bracht over richtlijnen, de manier waarop zij ontstaan en over welke zaken belangrijk zijn om ze naar waarde te schatten. Transparantie van de werkwijze, duidelijke bronvermelding, toekenning van een Grade en bespreking van interpretatie zijn enkele zaken die zeer belangrijk zijn. Specifiek in het deel anamnese, dat in deze manama voornamelijk aan bod kwam was dit niet eenvoudig omdat dit vaak zaken zijn die op weinig onderbouwing in literatuur kunnen rekenen.

Mede ondersteund door de gestandaardiseerde procedure, de opvolging door promotor- en co-promotor en de peer-review zijn we echter tot een implementeerbare en betrouwbare richtlijn gekomen (zie bijlage). Specifiek ook voor mijn opleidingspraktijk hoop ik dat de opgestelde type-consultatie in het elektronisch dossier zijn nut kan bewijzen in de toekomst.

Referenties

1. Kunnamo, I. *Duodecim EBM Guidelines - Enuresis in a child* 2009 2009; Available from: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home.
2. TheADAPTEcollaboration, *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0.* 2009.
3. Brouwers M, K.M., Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010. Available online July 5, 2010. doi:10.1503/cmaj.090449. Available from: http://www.agreetrust.org/agree-ii/.
4. NICE. *Nocturnale enuresis: The management of bedwetting in children and young people* October 2010; Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg111.
5. NHG, *Standaard Enuresis Nocturna*, in *NHG-standaarden voor de huisarts deel 2* 2006. p. 1128-1142.
6. AHRQ. *National Guideline Clearinghouse - Guideline Summary of Guidelines on paediatric urology* Available from: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47872&search=enuresis+child.
7. S. Tekgül, H.R., H.S. Dogan, P. Hoebeke, R. Kocvara, and C.R. R. Nijman, R. Stein, *Monosymptomatic enuresis. In : Guidelines on Paediatric Urology.* Arnhem, The Netherlans: European Association of Urology, European Society for Paediatric Urology, 2009: p. 29-31.
8. Neveus, T., et al., *The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society.* J Urol, 2006. **176**(1): p. 314-24.
9. *Department of general practice, KU Leuven. Intego-project. [cited 2015 03 28]*. 2011; Available from: http://www.intego.be.
10. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, *Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2004(1): p. CD004668.
11. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, *Alarm interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2005(2): p. CD002911.
12. Deshpande, A.V., P.H. Caldwell, and P. Sureshkumar, *Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics).* Cochrane Database Syst Rev, 2012. **12**: p. CD002238.
13. Huang, T., et al., *Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2011(12): p. CD005230.
14. Caldwell, P.H., G. Nankivell, and P. Sureshkumar, *Simple behavioural interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **7**: p. CD003637.
15. BCFI. Available from: http://www.bcfi.be/.
16. Nicolas Delvaux, S.V.d.V., Hilde Philips, Paul Van Royen, Jan Vanschoenbeek, Martine Goossens, *EBMPracticeNet - Adaptatie Duodecim Richtlijnen - Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be.* juli 2013.
17. Robson, W.L., *Clinical practice. Evaluation and management of enuresis.* N Engl J Med, 2009. **360**(14): p. 1429-36.
18. R.A., H., *Richtsnoer 'Enuresis nocturna'.* . Ned Tijdschr Geneeskd, 1994. **138**: p. 1360-6.
19. Loening-Baucke, V., *Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood.* Pediatrics, 1997. **100**(2 Pt 1): p. 228-32.
20. O'Regan, S., et al., *Constipation a commonly unrecognized cause of enuresis.* Am J Dis Child, 1986. **140**(3): p. 260-1.

21. Cayan, S., et al., *The assessment of constipation in monosymptomatic primary nocturnal enuresis.* Int Urol Nephrol, 2001. **33**(3): p. 513-6.
22. McGrath, K.H., P.H. Caldwell, and M.P. Jones, *The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting.* J Paediatr Child Health, 2008. **44**(1-2): p. 19-27.
23. Siegel, S., et al., *Relationship of allergy, enuresis, and urinary infection in children 4 to 7 years of age.* Pediatrics, 1976. **57**(4): p. 526-8.
24. Nappo, S., et al., *Nocturnal enuresis in the adolescent: a neglected problem.* BJU Int, 2002. **90**(9): p. 912-7.
25. Butler, R.J., et al., *Investigating the three systems approach to complex childhood nocturnal enuresis--medical treatment interventions.* Scand J Urol Nephrol, 2004. **38**(2): p. 117-21.
26. Robson, W.L., A.K. Leung, and R. Van Howe, *Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation.* Pediatrics, 2005. **115**(4): p. 956-9.
27. van der Vis-Melsen, M.J., *Urodynamics in enuretic children.* Clin Nucl Med, 1992. **17**(3): p. 200-5.
28. Yeung, C.K., et al., *Ultrasound bladder measurements in patients with primary nocturnal enuresis: a urodynamic and treatment outcome correlation.* J Urol, 2004. **171**(6 Pt 2): p. 2589-94.
29. Cutler, C., A.W. Middleton, Jr., and G.W. Nixon, *Radiographic findings in children surveyed for enuresis.* Urology, 1978. **11**(5): p. 480-2.
30. Redman, J.F. and J.J. Seibert, *The uroradiographic evaluation of the enuretic child.* J Urol, 1979. **122**(6): p. 799-801.
31. Tanaka, Y., et al., *Vesicoureteral reflux detected among patients with nocturnal enuresis.* Eur Urol, 2003. **43**(1): p. 80-3.
32. Yeung, C.K., H.N. Chiu, and F.K. Sit, *Bladder dysfunction in children with refractory monosymptomatic primary nocturnal enuresis.* J Urol, 1999. **162**(3 Pt 2): p. 1049-54; discussion 1054-5.
33. Zink, S., C.M. Freitag, and A. von Gontard, *Behavioral comorbidity differs in subtypes of enuresis and urinary incontinence.* J Urol, 2008. **179**(1): p. 295-8; discussion 298.
34. Lackgren, G., et al., *Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy.* Acta Paediatr, 1999. **88**(6): p. 679-90.
35. Neveus, T., et al., *Enuresis--background and treatment.* Scand J Urol Nephrol Suppl, 2000(206): p. 1-44.
36. Hjalmas, K., et al., *Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy.* J Urol, 2004. **171**(6 Pt 2): p. 2545-61.
37. Hirasing R.A. , v.L.F.J.M., Sukhai R.N., van Capelle J.W., Froeling F.M.J.A. en Vijverberg M.A.W. , *Uitwerking Richtsnoer 'Enuresis nocturna' voor kinderen met hardnekkige klachten.* Ned Tijdschr Geneeskd 2004. **3 januari;148(1)**: p. 17-21.
38. Most-van Spijk MW, S.T., Wolters WHG., *Hardnekkig bedplassen bij Turkse en Marokkaanse kinderen. .* Kind en Adolescent, 1993. **1993;14:12-20**.
39. Scholtemeijer R.J., N.J.M., *Routinematig urodynamisch onderzoek bij kinderen met enuresis niet geïndiceerd.* Ned Tijdschr Geneeskd, 1993. **137**: p. 808-10.
40. Jarvelin, M.R., *Developmental history and neurological findings in enuretic children.* Dev Med Child Neurol, 1989. **31**(6): p. 728-36.
41. Djurhuus, J.C., J.P. Norgaard, and S. Rittig, *Monosymptomatic bedwetting.* Scand J Urol Nephrol Suppl, 1992. **141**: p. 7-17; discussion 18-9.
42. Sujka, S.K., M.R. Piedmonte, and S.P. Greenfield, *Enuresis and the voiding cystourethrogram: a re-evaluation.* Urology, 1991. **38**(2): p. 139-42.
43. Van der Wal MF, P.-P.H., Schulpen TWJ. , *Bedplassen bij Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse kinderen van 3-4, 5-6 en 11-12 jaar. .* Ned Tijdschr Geneeskd, 1996. **140:2410-4**.

Bijlagen

1. **Richtlijn enuresis bij het kind**
2. **Studieprotocol ethisch comité**
3. **Goedkeuring ethisch comité**

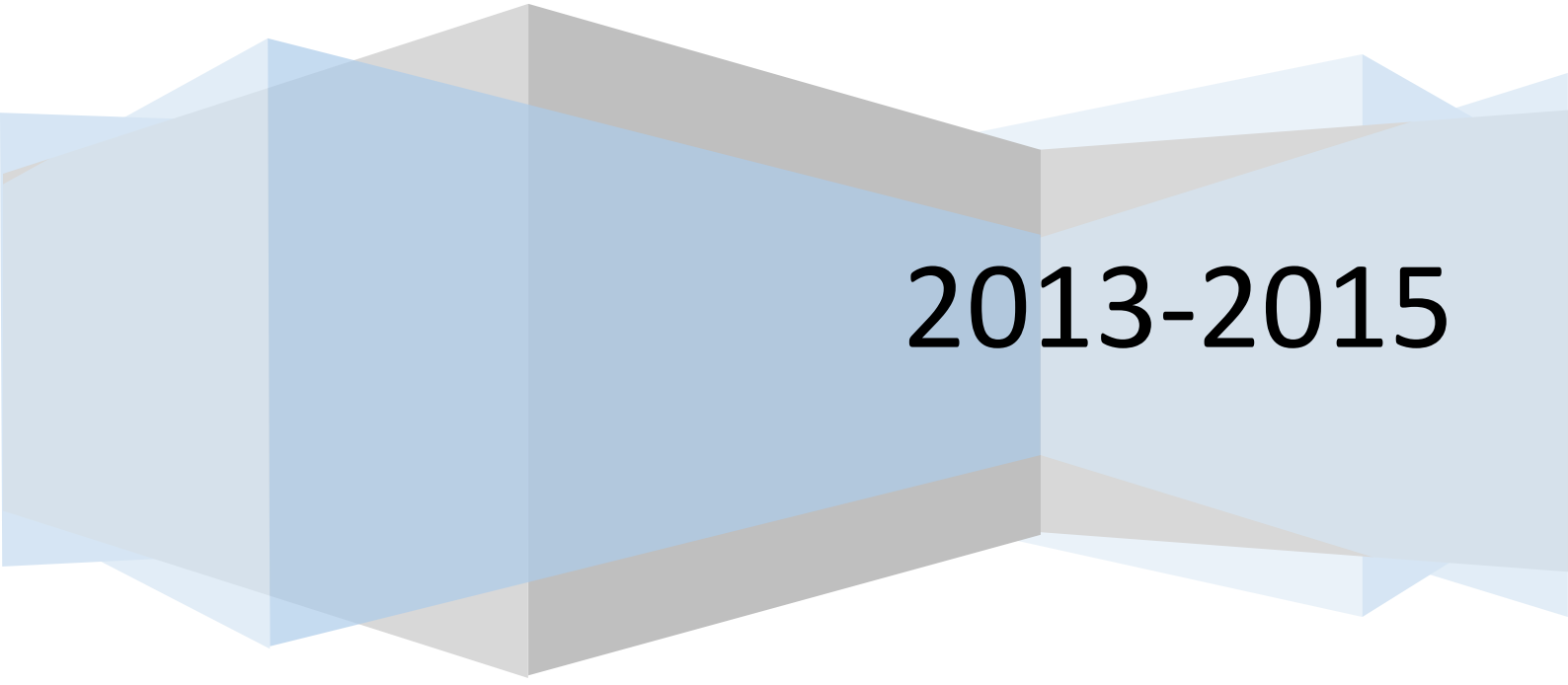
UGent

BIJLAGE 1

Enuresis bij het kind

Adaptatie van een Duodecim richtlijn

Dr. Van der Meulen Eva en Dr. Meul Ann-Sophie



2013-2015

Inhoud

1. Overzicht materiaal 3
2. Introductie en achtergrond 3
3. Doelstelling 4
4. Doelgroep voor de richtlijn 4
5. Patiëntenpopulatie 4
6. Klinische vragen 4
7. Kernboodschappen 5
A) Aanbeveling 5
B) Sterkte van aanbeveling in vorm van GRADE 6
8. Toelichting tot de aanbeveling 7
a) Praktische toelichting KV1 7
b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV1 8
a) Praktische toelichting KV2 8
b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV2 9
a) Praktische toelichting KV3 9
b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV3 10
a) Praktische toelichting KV4 11
b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV4 11
9. Basis voor de aanbeveling 11
a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV1) 11
b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV1) 12
c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV1) 12
a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV2) 12
b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV2) 12
c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV2) 13
a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV3) 13
b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV3) 15
c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV3) 16
a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV4) 16
b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV4) 17
c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV4) 17
10. Peer review proces 17
11. Planning voor update 17

12. Referenties 18
13. Lijst van auteurs en belangenvermengingen 19

ENURESIS BIJ HET KIND

1. Overzicht materiaal

Hieronder wordt een richtlijn voorgesteld met betrekking tot beoordeling en behandeling van een kind met enuresisklachten. De doelgroep van de richtlijn is de Belgische huisarts. Deze richtlijn biedt handvaten om (ongecompliceerde) enuresis (nocturna) te onderscheiden van mogelijke onderliggende aandoeningen. Daaropvolgend worden de behandelingsmogelijkheden van enuresis en doorverwijsindicaties besproken.

Voor het opstellen van deze richtlijn werd vertrokken van de Finse Duodecimrichtlijn 'enuresis in a child'[1]. Er werden vier klinische vragen opgesteld. De literatuur werd doorzocht op andere richtlijnen rond enuresis. Vervolgens werd de ADAPTE-procedure toegepast [2]. Als onderdeel van deze procedure werden alle aanbevelingen afzonderlijk getoetst op courantheid, toepasbaarheid en samenhang. Op basis van deze resultaten werden de Finse aanbevelingen behouden of aangepast.

De uiteindelijke aanbevelingen werden gebundeld in deze richtlijn en werden ook onderworpen aan peer-review door de richtlijn voor te stellen in twee LOK-groepen en twee seminariegroepen van HAIO's. Opmerkingen werden in acht genomen en de richtlijn werd zo nodig aangepast.

Auteurs:

Dr. Van der Meulen Eva
Dr. Meul Ann-Sophie

2. Introductie en achtergrond

Enuresis is een klacht met beperkte prevalentie in de huisartsenpraktijk. Het komt voor bij 12% van de jongens tussen 4 en 7 jaar en bij 8% van de meisjes tussen 4 en 7 jaar. Men spreekt van enuresis bij een kind wanneer het vijf jaar is of ouder met episodes van urinaire incontinentie tijdens de slaap in de afgelopen 3 maanden. De urinaire incontinentie dient minimaal twee maal per week voor te komen of wanneer het kind ouder is dan 7 jaar minimaal één maal per maand. Er mogen bovendien geen andere lichamelijk aandoeningen of andere symptomen aanwezig zijn.[3-6] Aan de term enuresis wordt vaak nocturna toegevoegd. Op die manier wil men verduidelijken dat het om nachtelijke symptomen gaat. Het 'Standardisation Committee of the International Children's Continence Society' stelt echter dat dit niet noodzakelijk is. [7] Een dergelijk probleem heeft zowel op het kind als op de ouders een aanzienlijke impact. Er treden spanningen op omdat het kind nog steeds niet droog is. Ouders maken zich bovendien vaak zorgen omdat ze vrezen dat er onderliggend lijden aanwezig is. Het kind zal zich schamen vooral wanneer het uit logeren gaat. Dit heeft zonder twijfel invloed op zijn of haar zelfbeeld. Een correcte aanpak kan nutteloze medicaties en investigaties beperken en het tijdig herkennen van onderliggend lijden in de hand werken. Het is daarom van groot belang een gebruiksvriendelijke en correcte richtlijn te formuleren omtrent enuresis bij kinderen.

3. Doelstelling

Deze richtlijn vormt een leidraad voor een stapsgewijze aanpak door de huisarts bij kinderen met enuresis. Dergelijke richtlijn kan huisartsen helpen bij het nemen van beslissingen omtrent anamnese, klinisch onderzoek, behandeling en verwijzing van een kind met enuresis. Er wordt advies gegeven over hoe men systematisch de klachten kan navragen en op die manier een diagnostisch landschap kan opbouwen. Vervolgens wordt de noodzaak tot verder klinisch en technisch onderzoek toegelicht. De richtlijn beschrijft tot slot de behandeling van enuresis alsook de indicaties voor verwijzing. Wanneer er een duidelijke richtlijn voorhanden is, kan overbodig medicatiegebruik van o.a. desmopressine vermeden worden. Het doel van dergelijke richtlijn is tevens het verminderen van onnodige verwijzing naar een specialist. Bovendien kunnen goede handvaten voor verwijzing ook laattijdige verwijzing voor onderliggende pathologie beperken.

4. Doelgroep voor de richtlijn

Deze richtlijn heeft als doelgroep de Belgische huisartsen.

5. Patiëntenpopulatie

Kinderen vanaf 5 jaar met enuresisklachten in de 1^{e} lijn.

6. Klinische vragen

Deze richtlijn wil een antwoord geven op volgende klinische vragen:

DIAGNOSE:

Klinische vraag 1: Welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

BEHANDELING:

Klinische vraag 3: Wat zijn de behandelingsmodaliteiten bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

Klinische vraag 4: Wanneer verwijst de huisarts een kind met enuresis door naar de tweede lijn?

7. Kernboodschappen

A) Aanbeveling

Klinische vraag 1: welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

Bij de aanmeldingsklacht enuresis dienen volgende zaken nagevraagd te worden: (1C)

1. Leeftijd (ongecompliceerde enuresis behoeft geen therapie voor leeftijd van 5jaar.)
2. Vraag de startdatum van de enuresis na.
   Indien recent, overweeg of dit een symptoom is van een systemische aandoening.
3. Ga na of er reeds een enuresisvrije periode geweest van minimum 6 maanden, zonder enuresisbehandeling op dat moment .
   Zoja, vraag na of er mogelijke medische, emotionele of psychologische triggers zijn, en overweeg bijgevolg of oppuntstelling en behandeling nodig is voor deze triggers .
4. Probeer het patroon van bedplassen in kaart te brengen, vraag onder meer naar:
   Hoeveel nachten/week? Hoeveel keer/nacht? Grote hoeveelheden urine? Welk moment van de nacht?
5. Ga na of er symptomen overdag (daytime enuresis) aanwezig zijn, bevraag onder meer:
   Frequentie overdag (normaal 4-7x/d) ? Urgency overdag? Enuresis overdag? Zwakke of onderbroken straal ? Dysurie ?
6. Vraag naar dagelijke toiletgewoonten, onder meer:
   Komen sommige daytime symptomen enkel voor in specifieke situaties? Wordt er op school vermeden om naar toilet te gaan? Gaat het kind meer/minder naar toilet in vergelijking met zijn/haar peers?
7. Vraag naar vochtinname gedurende de dag. Vraag ook naar restrictie van vochtinname door kind zelf of verzorgers.
8. Peil naar volgende comorbiditeiten:
   Constipatie en/of faecale incontinentie?
   Diabetes mellitus?
   Ontwikkelings-/ aandacht- /leerstoornissen?
   Emotionele problemen/ gedragsproblemen/ familiale problemen?

Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

1. Urineonderzoek is aangewezen indien er sprake is van:
   enuresis overdag, algemeen ziek zijn, symptomen die kunnen passen bij een urineweginfectie, diabetes mellitus of diabetes insipidus vermoeden. (1C)
2. Voer klinisch onderzoek uit bij anamnestisch vermoeden pathologisch mictiepatroon of andere functiestoornissen . Dit betreft klinisch onderzoek van abdomen, genitalia, algemene gezondheidstoestand, groei en ontwikkeling. (1C)
3. Overweeg om de ouders een drink- en plasdagboek van hun kind te laten bijhouden. Dit kan vochtinname/mictiepatroon in kaart brengen wanneer onduidelijk door anamnese. (2C)

Klinische vraag 3: Wat zijn de behandelingsmodaliteiten bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

Behandel een kind met enuresis vanaf 5 jaar. Start met advies en educatie. Ga zo nodig over naar een plaswekker en eventueel psychotherapie. Overweeg nadien een associatie met desmopressine. (1A)

Klinische vraag 4: Wanneer verwijst de huisarts een kind met enuresis door naar de tweede lijn?

Verwijs voor verder onderzoek bij therapieresistentie, enuresis overdag zonder directe oorzaak, recurrente urineweginfecties, vermoeden van fysieke of neurologische problemen en comorbiditeiten die niet op te lossen zijn in de huisartsenpraktijk. (1B)

B) Sterkte van aanbeveling in vorm van GRADE

GRADE is een coderingsmethode om op een uniforme en overzichtelijke wijze de sterkte van een aanbeveling en de kwaliteit van de onderliggende evidentie ervan aan te geven.

Bij elke aanbeveling hierboven werd de bijpassende GRADE tussen haakjes weergegeven.

GRADE (Samenvattende tabel)

Graden van aanbeveling		**Implicaties**
1 A	Sterke aanbeveling - Hoog niveau van bewijskracht	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1 B	Sterke aanbeveling - Matig niveau van bewijskracht	
1 C	Sterke aanbeveling - Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2 A	Zwakke aanbeveling - Hoog niveau van bewijskracht	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2 B	Zwakke aanbeveling - Matig niveau van bewijskracht	
2 C	Zwakke aanbeveling - Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

Tabel 1: overzicht van de betekenis en implicaties van GRADE. [8]

8. Toelichting tot de aanbeveling

a. Omvat praktische toelichting tot de kernboodschap
b. Kritische opmerking m.b.t. implementatie

Klinische vraag 1: welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

a) Praktische toelichting KV1

Hierboven werd een opsomming gegeven van zaken die aangeraden worden te bevragen. Doel van deze anamnese is om ongecompliceerde enuresis nocturna te onderscheiden van mogelijke onderliggende aandoeningen. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van anamnestische bevindingen en hun mogelijke interpretatie. Dit is een vertaling van een tabel uit de NICE-guideline.[4]

Bij aanwijzingen voor onderliggende oorzaken moeten deze eerst verder worden uitgewerkt of moet het kind doorverwezen worden naar de tweede lijn.

Tabel 1 Anamnestische bevindingen en hun mogelijke interpretatie [4]

Anamnestische bevindingen	**Mogelijke interpretatie**
Leeftijd	(Ongecompliceerde) enuresis behoeft geen therapie voor leeftijd van 5jaar
Grote hoeveelheid urine in de eerste uren van de nacht	Typisch patroon voor ongecompliceerde enuresis
Variabele hoeveelheden urine, vaak meerdere keren per nacht	Typisch patroon voor kinderen die vaak ook overdag enuresis symptomen hebben met mogelijks onderliggende overactieve blaas
Enuresis elke nacht	Ernstige enuresis, die heeft minder kans heeft op spontaan stoppen tov sporadische enuresis
Droog geweest voordien voor meer dan 6 maanden.	Dit noemt men secundaire enuresis en heeft een grotere kans om onderliggende oorzaak te hebben.
•Frequentie urineren overdag (normaal 4-8x/d) •Urgentie overdag •Enuresis overdag •Aanspannen van buikspieren of slechte kwaliteit van urinestraal •Dysurie	Een van deze kunnen wijzen op aanwezigheid van een blaasprobleem zoals overactieve blaas of zeldzamer (wanneer symptomen zeer ernstig en persisterend zijn) een onderliggende urologische aandoening.

Constipatie	Een veelvoorkomende comorbiditeit die enuresis kan veroorzaken. Dit vereist passende behandeling.
Overige comorbiditeiten	Vragen om verdere uitwerking en passende behandeling
Faecale incontinentie	Indien dit frequent voorkomt is dit meestal secundair aan faecale impactie en constipatie die nog niet was herkend.
Inadequate inname vloeistoffen	Kan een onderliggend blaasprobleem zoals een overactieve blaas maskeren en kan de normale ontwikkeling van de blaascapaciteit verhinderen.
Gedragsproblemen of emotionele problemen	Deze kunnen oorzaak of gevolg zijn van enuresisklachten. Behandeling moet dan afgemeten worden naar de specifieke noodzaken van het kind en zijn/haar familie.
Familieproblemen	Een moeilijke of 'stressvolle' omgeving kan een trigger zijn voor enuresis. Deze factoren worden best ook besproken naast de behandeling van enuresis nocturna

b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV1

Anamnese is eenvoudig uit te voeren en altijd deel van een consultatie. Deze vragen zijn simpel te beantwoorden. Het valt wel op te merken dat het om een vrij lange lijst gaat, die misschien niet zo eenvoudig is te memoriseren is als huisarts. Voorts is de voorwaarde voor een geslaagde anamnese is dat er een ouder/verzorgende aanwezig is die het kind mee opvolgt en weet heeft van deze zaken. Indien dit niet het geval is kan er bij een onvolledig anamnese eventueel overwogen worden een lijst mee te geven van waar de ouder/verzorgende op moet letten. Zo kan een vervolgconsult een helderder licht op de zaak werpen.

De tabel hierboven kan een nuttig hulpmiddel zijn voor de interpretatie van de beantwoorde vragen.

Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

a) Praktische toelichting KV2

Urineonderzoek kan vlot verricht worden door een (liefst midstream) urinestaal te laten deponeren in een steriel potje. Er kan via urinestick of via sediment gekeken worden of er afwijkingen zijn in hoeveelheid witte bloedcellen, rode bloedcellen, nitraat, glucose. Bij afwijkingen dienen onderliggende aandoening verder uitgewerkt worden en behandeld.

Indien anamnese doet vermoeden dat er mogelijks een pathologisch mictiepatroon (enuresis overdag/pollakisurie, dysurie, hematurie, afwijking urinestraal,..) of andere functionele stoornissen (constipatie,…) aanwezig zijn dan is het aan te bevelen klinisch onderzoek uit te voeren van de externe genitaliën, het abdomen -palpatie en percussie – in verband met eventuele volle blaas/constipatie, de algemene gezondheidstoestand, groei en ontwikkeling. Dit kadert dan meer in verdere uitwerking van een ander probleem dan monosymptomatische enuresis nocturna.

Een dagboek kan vochtinname en mictiepatroon in kaart brengen. Hiermee bedoelen we een ander soort lijst dan zoals bij vorige vraag vermeld (zie 8b KV1). Tabel 2 toont een voorbeeld. Deze tabel is overgenomen uit de NHG-richtlijn.[3]

Tabel 2 Dagboek (drink-en mictielijst)

Datum	Vochtinname			Plassen		Urineverlies		Ontlasting	
	Tijdstip	Hoeveelheid (ml)	Soort	Tijdstip	Hoeveelheid (ml)	Tijdstip	Hoeveelheid	Tijdstip	Hoeveelheid

b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV2

Urineonderzoek is een toegankelijk onderzoek. Makkelijk uit te voeren en te analyseren in België. Er is geen groot kostenplaatje aanverbonden.

Klinisch onderzoek is uit te voeren in de eigen praktijk en vereist geen zware kost of inspanning. Het onderzoek van de genitaliën kent echter wel een hoge drempel. Dit omdat het bij de meeste kinderen van die leeftijdscategorie schroom veroorzaakt. Daarenboven is het niet altijd eenvoudig om een onderscheid te maken tussen wat afwijkend is en wat een variant op het normale blijkt te zijn.

Een dagboek bijhouden kan daarentegen wel arbeidsintensiever zijn en vraagt inzet van oude/verzorgende. Het kan behulpzaam zijn een leeg invulexemplaar mee te geven aan de ouder/verzorgende.

Klinische vraag 3: Wat zijn de behandelingsmodaliteiten bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

a) Praktische toelichting KV3

De eerste stap in de behandeling van enuresis nocturna bestaat uit advies en educatie. Enuresis nocturna bij kinderen heeft onbehandeld een goede prognose. Dit vraagt geduld en terughoudendheid. Begin met voorlichting in een gesprek met ouders en kind. Bij onvoldoende resultaat volgen een of meer van de minder intensieve gedragstherapeutische methoden, eventueel gevolgd door intensievere methoden. Bij adolescenten en volwassenen komen vooral de intensievere interventies in aanmerking: plaswekker, wektraining of droogbedtraining. Een plaswekker kan men

huren bij winkels van de verschillende mutualiteiten. Daar de nood tot voorschrift in België verschilt van mutualiteit tot mutualiteit is het aan te raden aan elk kind een voorschrift voor een plaswekker mee te geven. In diezelfde winkel kan men een aangepast broekje kopen, waar men de sensor aan kan bevestigen. Droogbedtraining bestaat uit drie stappen. Deze training kan bij de meeste kinderen thuis uitgevoerd worden. Slechts in uitzonderlijke gevallen kan men het kind tijdelijk opnemen. Tijdens de eerste nacht is er een intensieve training. Het kind wordt om het uur gewekt om zelfstandig naar het toilet te gaan en daar blaastraining toe te passen. Hierdoor kan men de blaascapaciteit vergroten. De tweede stap start de tweede nacht en gaat door tot het kind langer dan 14 opeenvolgende nachten droog is. Dit is een soort van vervolgtraining en bestaat uit het gebruik van een plaswekker, oefeningen waarbij men de natte lakens vervangt en positieve bekrachtiging al dan niet met een beloning. Wanneer het kind uiteindelijk droog is, zal men nog verdere informatie verschaffen over hoe men met ongelukjes kan omgaan. Wektraining bestaat uit het wekken van het kind op een aantal vaste tijdstippen. Hierbij is het belangrijk dat het kind goed wakker is. Om je als ouder hiervan te vrijwaren, kan je bijvoorbeeld eerst vragen hoe laat het is alvorens het kind te gaan laten plassen. Er wordt dan vaak op voorhand met het kind afgesproken hoe laat het zal gewekt worden. De kalendermethode kan bij jonge kinderen tot 8 jaar. Hierbij noteert men het aantal natte en droge nachten op een kalender. Dit kan aan de hand van stickers of tekeningen. Men kan de droge nachten positief bekrachtigen met een beloningssysteem. Deze laatste methode hangt samen met de motivatiemethode. Deze kan men hanteren bij kinderen tot 12 jaar. Hierbij wordt een droge nacht beloond met een cadeautje. Tot slot is er nog blaastraining. Dit kan men toepassen bij kinderen tot 13 jaar die overdag meer dan acht keer plassen. Blaastraining wordt echter niet als eerste keuze beschouwd. Door de urine overdag langer op te houden, slaagt het kind er meestal ’s nachts ook in langer droog te blijven. Bij alle methoden kan een mictiedagboek worden gebruikt waarin vochtopname, hoeveelheid urine en mictiefrequentie worden bijgehouden.[3, 9]

Indien dit onvoldoende blijkt te zijn zal geopteerd worden voor het gebruik van een plaswekker. Zo nodig kan desmopressine geassocieerd worden of kortstondig gebruikt worden bij bv. logeerpartijtjes.[3-5] De dosering varieert van 0.2 tot 0.4 µg per dag. De maximale behandelingsduur is drie maanden. Beperk de vochtinname van één uur voor tot acht uur na toediening en ook overdag. Bijwerkingen zijn misselijkheid, maag- en hoofdpijn, psychiatrische reacties en convulsies. Zodra men stopt is er bij plaswekkers minder kans op recidief dan bij desmopressine.[10] Indien deze laatste stap onvoldoende blijkt te zijn kan mijn overgaan naar imipramine. Gezien de nauwe therapeutisch-toxische marge zal men het gebruik van dit product eerder overlaten aan de tweede lijn.[4, 10]

b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV3

Advies en educatie lijken eenvoudig als eerste stap in de behandeling van een kind met enuresis. Doch dient opgemerkt te worden dat educatie meer tijd vraagt van de arts dan medicatie voorschrijven. Het is belangrijk dat de arts voldoende tijd uittrekt om alle informatie klaar en duidelijk toe te lichten. Het gebruik van een plaswekker is arbeidsintensief maar in Belgische context een betaalbare methode. Desmopressine wordt voor de indicatie enuresis niet terugbetaald. Er zijn echter wel generieken beschikbaar.[10]

Klinische vraag 4: Wanneer verwijst de huisarts een kind met enuresis door naar de tweede lijn?

a) Praktische toelichting KV4

Men zal een kind doorverwijzen naar tweede lijn bij therapieresistentie, symptomen overdag, recidiverende urineweginfecties of wanneer men onderliggend lijden vermoedt. Het gaat hier meerbepaald over diabetes mellitus of insipidus, een overactieve blaas, obstipatie en sociale of psychische problemen.

b) Kritische opmerking m.b.t. implementatie KV4

In de Belgische context is er een vlotte verwijzing naar een uroloog of kinderuroloog mogelijk. Bovendien kunnen patiënten op eigen initiatief artsen in de tweede lijn consulteren.

9. Basis voor de aanbeveling

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid
b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie
c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen

Klinische vraag 1: welke zaken vraagt men na bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV1)

Er werd gestart van de aanbeveling uit de Duodecimrichtlijn ‘Enuresis in a child’ [1]. Deze heeft voor wat betreft de anamnese als voornaamste bron een overzichtsartikel uit de NEJM [11]. Dit artikel baseert zich op expert opinies en het standardisatiedocument van de International Children's Continence Society (ICCS)[7]. De ICCS baseerde zich op hun beurt op beperkt literatuurbewijs en expert opinies. Het deel over constipatie was onderbouwd met behulp van de klinische studie van Loening-Baucke[12]. De elementen voor anamnese in de Duodecimrichtlijn waren niet duidelijk opgelijst, doch konden min of meer uit enkele aanbevelingen worden afgeleid. Deze waren echter vrij beperkt. Bijgevolg werd er aanvullende informatie uit de NICE-richtlijn[4], de NHG-richtlijn[3] en de AHRQ-richtlijn[5] gehaald. De AHRQ-richtlijn is een soort samenvatting gebaseerd op het hoofdstuk enuresis uit de richtlijn ‘Guidelines on pediatric urology’ van de European Association of Urology en de European Society for Pediatric Urology [6]. De studies waarop NICE en AHRQ zich baseerden waren voornamelijk case-series of observationele studies, vaak ook specifiek toepast in de 2^{e} lijn. Voorts zijn het grotendeels aanbevelingen op basis van expertenopinies. Wat betreft de comorbiditeit obstipatie zijn er via de NICE-richtlijn wel meer onderbouwende artikels terug te vinden. De NHG-richtlijn baseert zich op het ‘richtsnoer’ van Hirasing et al.[13]. Dit artikel beschrijft twee vragenlijsten, één ter uitsluiting van incontinentie en één om de ernst van de enuresis vast te leggen. Deze zijn gebaseerd op een consensus van een werkgroep en op 'al in omloop zijnde vragenlijsten' waar geen directe bron van terug te vinden is.

Tijdens het verdere verloop van dit werk werd een nieuwe versie van de Duodecimrichtlijn gepubliceerd (mei 2014). De nieuwe elementen in deze versie werden bekeken en geëvalueerd.

Er waren naar onze mening echter geen grote toevoegingen die onze aanbevelingen zouden veranderen.

b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV1)

Enkele cochrane reviews werden bekeken [14-19], doch er werd geen nieuwe informatie omtrent anamnese weerhouden.

c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV1)

In de Duodecimrichtlijn[1] werd geen echte duidelijke anamnese voorgesteld. Gerichte anamnese is echter hoeksteen van diagnosestelling van enuresis. Dit geven NICE, AHRQ en NHG aan [3-5] . Er werden vaak dezelfde anamnestische vragen beschreven. Deze baseren zich voornamelijk op consensus, obstipatie is iets meer onderbouwd met klinische studies (cfr. hierboven). Gezien de NICE richtlijn zeer overzichtelijk en gestructureerd is, besloten we deze te vertalen. GRADE 1C werd toegekend op basis van de beperkte onderbouwing in de literatuur (C); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (1).

Klinische vraag 2: Welke klinische en technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV2)

Er werd gestart van de aanbeveling uit de Duodecimrichtlijn 'Enuresis in a child' [1]. Deze beveelt urineonderzoek aan bij kinderen met enuresis symptomen overdag. Deze aanbeveling is gebaseerd op een overzichtsartikel uit de NEJM[11]. In dit artikel werd bij de aanbeveling geen verdere bron vermeld. Aanvullende informatie werd uit de NICE-richtlijn, de NHG-richtlijn en de AHRQ-richtlijn gehaald[3-5].

Urineonderzoek: de studies waarop NICE en AHRQ zich baseerden waren voornamelijk case-series of observationele studies, vaak ook in 2^{e} lijn. Voorts zijn het grotendeels aanbevelingen op basis van expertenopinie. De NHG-richtlijn baseert zich op het 'richtsnoer' van Hirasing et al. urineonderzoek wordt aangeraden op basis van consensus bij een afwijkende anamnese. [9]

Lichamelijk onderzoek: hierover wordt in de NICE- en de AHRQ-richtlijn niet gesproken. De NHG-richtlijn baseert zich op het 'richtsnoer' van Hirasing et al. waar in de versie van 1994 [13] lichamelijk onderzoek wel wordt aangeraden (op basis van consensus). In de versie van 2004 [9] wordt er weinig over vermeld. Anamnestisch vermoeden voor slechte straal en incontinentie is meer reden tot doorverwijzing. De focusgroep van NHG heeft lichamelijk onderzoek echter wel weerhouden indien er anamnestisch aanwijzingen zijn tot afwijkingen in mictiepatroon of andere functiestoornissen.

Dagboek: er waren geen onderbouwende studies voor een dagboek. Wel werd bij de NICE-, de AHRQ- en de NHG-richtlijn dit aanbevolen als uitwerking van de klacht op basis van expertenadvies. Er staat een voorbeeld van een mictielijst in bijlage bij de NHG-richtlijn. Deze is ontleend van het artikel van Hirasing et al. Van in 2004. [9]

b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV2)

Enkele cochrane reviews werden bekeken [14-19], doch er werd geen nieuwe informatie omtrent aanvullende onderzoeken weerhouden.

c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV2)

Urineonderzoek: de aanbeveling van Duodecim werd weerhouden, onderbouwing ook door de andere richtlijnen. GRADE 1C werd toegekend op basis van de beperkte onderbouwing in de literatuur (C); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (1).

Lichamelijk onderzoek: er werd geopteerd de focusgroep van NHG te volgen in hun aanbeveling. Bij de patiënten waar deze aanbeveling van toepassing zal zijn, gaat het hoogstwaarschijnlijk niet meer om een ongecompliceerde enuresis nocturna. Verdere aanbevelingen omtrent conclusie na onderzoek vallen bijgevolg niet meer onder deze richtlijn. GRADE 1C werd toegekend op basis van de beperkte onderbouwing in de literatuur (C); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (1).

Dagboek: een dagboek of mictielijst kan helpen drink- en mictiepatroon in kaart te brengen. Op die manier kunnen adviezen en/of behandeling hierop afgesteld worden. Gezien dit arbeidsintensiever is werd er besloten GRADE 2C toe te kennen. Deze aanbeveling valt te overwegen afhankelijk van o.a. duidelijkheid van de casus of falen van eerdere behandeling.

Klinische vraag 3: Wat zijn de behandelingsmodaliteiten bij een kind met enuresis in de eerste lijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV3)

De Duodecimrichtlijn “enuresis in a child” werd gebruikt als basis [1]. Deze is gebaseerd op een overzichtsartikel uit de NEJM, welke zich ondermeer ent op het standardisatiedocument van de International Children's Continence Society (ICCS)[7]. Aanvullende informatie werd via de NICE-richtlijn, de AHRQ-richtlijn en de NHG-richtlijn bekomen[3-5].

Men geeft in eerste instantie advies en educatie alsvorens over te gaan naar een plaswekker al dan niet in combinatie met desmopressine. Nieuwe types medicatie (zoals imipramine) bieden geen voordeel zowel qua effectiviteit als qua kostprijs ten opzichte van desmopressine. Zowel de NICE-richtlijn, de AHRQ-richtlijn en die van NHG staven deze kernboodschappen.

Dit zijn de aanbevelingen van de Duodecim richtlijn[1]:

“Een plaswekker is de eerste keuze in de behandeling van enuresis. Desmopressine sublinguaal kan tijdelijk gebruikt worden bijvoorbeeld als men op reis gaat. Op lange termijn is desmopressine een alternatief voor een plaswekker wanneer deze niet effectief blijkt te zijn of wanneer het kind niet wakker wordt van het geluid. In sommige gevallen is psychotherapie noodzakelijk.”

De AHRQ-guideline (AHRQ) geeft volgende informatie[5-7, 20-26]:

“Uitleg, advies, educatie en beloningssystemen hebben een beperkte slaagkans wanneer ze gebruikt worden in monotherapie. Wanneer ze echter gebruikt worden in combinatie met een plaswekker of medicatie blijken ze echter meer effectief te zijn. (Level of evidence: 2; Grade of recommendation: B).

De plaswekker is de beste behandeling wanneer het kind erg diep slaapt. Deze method kent ook het minst recidieven. (Level of evidence: 1; Grade of recommendation: A).

Er werd aangetoond dat de behandeling van enuresis nocturna met desmopressine effectief is. Er is een grote kans dat de behandeling aanslaat. Het gaat hier over een slaagkans van 70%. De kans dat recidief optreedt na stoppen is echter zeer groot. (Level of evidence: 1; Grade of recommendation: A).

Men kan het behandelingstype overleggen met de ouders. Er dient voldoende informatie verschaft te worden aan de ouders omtrent het probleem van enuresis nocturna maar ook omtrent de voor- en nadelen van beide behandelingsmogelijkheden. (Level of evidence: 4; Grade of recommendation: B)" [5, 6]

De NICE- guideline weerhoudt volgende informatie die voornamelijk gebaseerd is op dubbelblind, gerandomiseerde studies. [4]

"Alvorens over te gaan naar een plaswekker of medicatie dient men eerst eenvoudige therapeutische stappen te overwegen. Door advies en educatie te geven omtrent het probleem, zowel aan het kind als aan de ouders, kan al heel wat verheldering geven. Eet- en drinkgewoonten dienen nagegaan en gecorrigeerd te worden. Overdag dient er een normale vochtinname te zijn en de uren voor het slapengaan dient men de vochtinname wat te verminderen. Een tabel met het aantal droge en natte nachten bijhouden blijkt effectief te zijn. Advies, educatie en positieve bekrachtiging zou men als eerste stap moeten introduceren. Dat ondersteunde behandeling een beter resultaat oplevert dan helemaal niet te ondernemen, wordt bewezen door een hoog niveau van evidentie. Er is dus een hoge graad van aanbeveling om te starten met uitleg, advies en educatie. Deze methode blijkt minder effectief te zijn wanneer ze gebruikt wordt als monotherapie. Men kan ze beter gebruiken in combinatie met een plaswekker en of medicatie.[27-30]

Een plaswekker is de beste therapie wanneer het kind erg diep slaapt (LE: 1; GR: A). Een slaagkans van 80% is realistisch en er is een beperkte kans op recidief. Dit voornamelijk wanneer er weinig wordt geplast 's nachts en wanneer er nog een goede blaascapaciteit is.

Wanneer er 's nachts veel urine wordt geproduceerd kan desmopressine overwogen worden. Desmopressine heeft een slaagkans van 70%, in tabletten met een dosis van 0.2 tot 0.4 mg per dag of sublinguaal met een dosis van 0.12 tot 0.24 mg per dag. De toediening via een nasale spray wordt niet langer aangeraden gezien het risico op overdosering. Hoe dan ook de kans op recidief is zeer groot wanneer men stop met de inname van desmopressine. (LE: 1; GR: A).

Bij een beperkte blaascapaciteit is de behandeling met spasmolytica of anticholinergica te overwegen. Wanneer dit type medicatie echter nodig is, kan men dit niet langer als monosymptomatisch beschouwen.

Het gebruik van imipramine bij enuresis geeft slechts een matig resultaat. Er is een slaagkans van 50% en er bestaat ook grote kans op recidief. Bovendien werd een uitgesproken cardiotoxiciteit met mogelijke dood tot gevolg beschreven. Daarom wordt het gebruik van deze medicatie afgeraden (LE: 1;GR: C)."[4, 31]

Hieronder worden de aanbevelingen volgens NHG weergegeven [3]. Het niveau van evidentie en de aanbevelingsgraad worden bij NHG niet expliciet meegedeeld. Daar ze dicht aanleunen bij de adviezen van de richtlijnen hierboven worden de aanbevelingen ter bevestiging opgelijst:

"Enuresis nocturna bij kinderen heeft onbehandeld een goede prognose. Dit vraagt geduld en terughoudendheid.

Begin met voorlichting in een gesprek met ouders en kind. Bij onvoldoende resultaat volgen een of meer van de minder intensieve gedragstherapeutische methoden, eventueel gevolgd door intensievere methoden. Bij adolescenten en volwassenen komen vooral de intensievere interventies in aanmerking: plaswekker, wektraining of droogbedtraining. Bij alle methoden kan een mictiedagboek worden gebruikt waarin vochtopname, hoeveelheid urine en mictiefrequentie worden bijgehouden.

Benadruk in het gesprek met kind en ouder(s) de volgende aspecten: vertel duidelijk wat de bedoeling is; geef positieve aandacht; leg de verantwoordelijkheid bij het kind; wees consequent; 's avonds drinken mag; geen luiers.

Tot de niet-medicamenteuze behandeling behoort:

Opnemen: bij kinderen tot 6 jaar. Door opnemen wordt de blaas in de nacht minder vol zodat het kind de nacht droog doorkomt. Als het kind met een keer opnemen droog slaapt, lukt dit vaak ook zonder opnemen.

Kalendermethode: bij jonge kinderen (tot 8 jaar). Registreer droge en natte nachten met stickers of tekeningen op een kalender. Deze methode kan gecombineerd worden met een beloningssysteem (zie Motivatiemethode).

Motivatiemethode: bij oudere kinderen (tot 12 jaar). Stimuleer het kind door het een cadeautje (motivator) te geven als het droog is.

Blaastraining: bij oudere kinderen (tot 13 jaar) die overdag meer dan acht keer moeten plassen. Door de plas overdag langer op te houden, kan het ook 's nachts langer droog blijven. Deze methode is geen eerste keus.

Plaswekker: bij kinderen vanaf 5 jaar en ook bij volwassenen. Het kind leert wakker te worden van het gevoel van een volle blaas. Succes bij ongeveer 70%. De huisarts oriënteert zich over het praktische gebruik.

Wektraining: bij kinderen ouder dan 8 jaar, adolescenten en volwassenen. Intensieve methode waarbij een combinatie van een wekschema en 'motivators' wordt gebruikt.

Droogbedtraining: bij kinderen ouder dan 8 jaar. Intensieve methode die bestaat uit een combinatie van plaswekker en gedragstherapeutische maatregelen. Geschikt als andere methoden geen effect hadden. Verwijs het kind naar een instelling voor JGZ, GGZ of (kinder)ziekenhuis. Het slagingspercentage is hoog (tot 90%).[9, 13, 19, 32, 33]

Tot de medicamenteuze behandeling behoort:

Met medicatie worden kinderen niet geheel droog. De maximale behandelduur is drie maanden en na staken is de kans op terugval groot. Desmopressine heeft de voorkeur: start voor het slapen met 20 µg per neusspray, 120 µg sublinguaal 'melt'tablet (lyofilisaat) of 0,2 mg orale tablet. Afhankelijk van het effect is de onderhoudsdosering 10-40 µg per neusspray, 120-240 µg sublinguaal 'melt'tablet of 0,1-0,4 mg orale tablet. Beperk de vochtinname van één uur voor tot acht uur na toediening en ook overdag. Bijwerkingen zijn misselijkheid, maag- en hoofdpijn, psychiatrische reacties en convulsies. Bij logeerpartijtjes of tijdens vakanties kan desmopressine kortdurend worden gebruikt. Bij adolescenten en volwassenen die langdurig desmopressine gebruiken, kan de huisarts in overleg met de patiënt proberen het middel uit te sluipen en een gedragsmatige aanpak in te zetten."[3, 9, 13, 17, 23, 31, 34, 35]

b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV3)

Gezien nasale preparaten volgens de NICE-guideline [4] worden afgeraden en ze in de NHG-standaard [3] net als onderhoudsbehandeling wel worden aangeraden werd aanvullende informatie gezocht. Gezien de Belgische context werd het BCFI geraadpleegd[10]. Hieruit blijkt dat nasale preparaten van desmopressine ook België verlaten zijn wegens te hoge kans op intoxicatie.

c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV3)

De Duodecim richtlijn [1] werd aangevuld met advies en educatie en meer gedetailleerde informatie hieromtrent. Aan het gebruik van imipramine werd geen plaats gegeven gezien de uitgesproken toxiciteit.

In de NHG-richtlijn [3] maakt men nog steeds gebruik van nasale desmopressinepreparaten. Gezien het BCFI deze toedieningsvorm afraadt, zal in deze Belgische context enkel voor de per orale toediening gekozen worden [10].

We beslisten voor uitleg, advies en beloningssystemen 2B toe te kennen op basis van de onderbouwing in de literatuur (B); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (2).

Voor een plaswekker en desmopressine werd 1A vooropgesteld. Dit omwille van de sterke onderbouwing in de literatuur (A); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (1).

Klinische vraag 4: Wanneer verwijst de huisarts een kind met enuresis door naar de tweede lijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid (KV4)

De Duodecimrichtlijn [1] werd als basis gebruikt. Deze is gebaseerd op een overzichtsartikel uit de NEJM[11], welke zich ondermeer ent op het standardisatiedocument van de International Children's Continence Society (ICCS) [7]. Aanvullende informatie werd via de NICE-richtlijn, de GIN-richtlijn en de NHG-richtlijn bekomen.

Dit zijn de aanbevelingen van de Duodecim richtlijn:

“Verwijs een kind wanneer er klachten van enuresis zijn overdag.” [1]

De NICE-guideline stelt het volgende voor:

“Overweeg verder onderzoek en/ of verwijzing wanneer enuresis geassocieerd is met:

- *hevige symptomen overdag*
- *een voorgeschiedenis van recurrente urineweginfecties*
- *gekende fysieke of neurologische problemen*
- *comorbiditeiten of andere factoren*

Verwijs kinderen en adolescenten met enuresis die niet of onvoldoende reageert op een plaswekker met/ of zonder desmopressine. Of wanneer men een vermoeden heeft van een overactieve blaas, onderliggend lijden of sociale en emotionele uitlokkende factoren.” [4, 27]

De AHRQ-guideline weerhoudt:

“Verwijs een kind met enuresis wanneer er symptomen zijn overdag, wanneer er urgency aanwezig is en wanneer men een dysfunctie of infectie van de urinewegen vermoedt.”[5, 6, 20, 22]

NHG adviseert:

"Verwijs naar kinderarts of (kinder)uroloog bij anamnestische aanwijzingen voor onderliggende mictiepathologie of bij afwijkingen bij lichamelijk of aanvullend onderzoek.

Verwijs als begeleiding van een methode door de huisarts niet mogelijk is, zoals bij droogbedtraining. Verwijs bij psychopathologie naar een GGZ-instelling of eerstelijnspsycholoog."[3, 13]

b) Beschrijving van eventuele aanvullende informatie (KV4)

Niet van toepassing.

c) Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen (KV4)

Men verwijst kinderen met enuresis overdag of therapieresistentie. Alsook kinderen met enuresis nocturna indien er comorbiditeiten aanwezig zijn niet op te lossen zijn in de huisartsenpraktijk.

Zowel NHG, NICE als AHRQ stelden gelijkaardige indicaties voor verwijzing voorop. We namen dus de kernboodschappen over en beslisten 1B toe te kennen. Dit op basis van onderbouwing in de literatuur (B); het gunstig evenwicht tussen voor- en nadelen, de kosten-effectiviteit en toepasbaarheid in Belgische eerstelijnssetting (1).

10. Peer review proces

a. Beschrijving van opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review (zie verder)

De aanbevelingen van de vier klinische vragen werden voorgesteld in 2 lokgroepen van huisartsen en 2 seminariegroepen van HAIO's aan de hand van een korte powerpointvoorstelling. Achteraf konden vragen en/of opmerkingen naar voor komen over de richtlijn zelf en/of de toepasbaarheid ervan in de Belgische zorgsector.

Wat kwam hier voornamelijk uit:

- Toepasbaarheid in de Belgische zorgsector leek geen probleem.
- Er was vraag naar een definitie. Bijgevolg werd deze bij de inleiding van de richtlijn toegevoegd:
  "Men spreekt van enuresis bij kinderen vanaf ≥5 jaar met episodes van urinaire incontinentie tijdens de slaap in de afgelopen 3 maand minimum 2x/week (of als >7j minimum 1x/maand) zonder andere lichamelijke aandoening en zonder andere symptomen." [3]

11. Planning voor update

Voor deze richtlijn werd er een literatuuronderzoek uitgevoerd tot januari 2014. Tijdens het verdere verloop van dit werk werd een nieuwe versie van de Duodecimrichtlijn gepubliceerd (02/05/2014). De nieuwe elementen in deze versie werden bekeken. Er waren naar onze mening echter geen grote toevoegingen die onze hier geformuleerde aanbevelingen zouden veranderen.

Er werd besloten om een driejaarlijkse update te adviseren voor deze richtlijn.

12. Referenties

1. Kunnamo, I. *Duodecim EBM Guidelines - Enuresis in a child 2009*. 2009; Available from: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home.
2. TheADAPTEcollaboration, *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0.* 2009.
3. NHG, *Standaard Enuresis Nocturna*, in *NHG-standaarden voor de huisarts deel 2* 2006. p. 1128-1142.
4. NICE. *Nocturnale enuresis: The management of bedwetting in children and young people* October 2010; Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg111.
5. AHRQ. *National Guideline Clearinghouse - Guideline Summary of Guidelines on paediatric urology* Available from: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47872&search=enuresis+child.
6. S. Tekgül, H.R., H.S. Dogan, P. Hoebeke, R. Kocvara, and C.R. R. Nijman, R. Stein, *Monosymptomatic enuresis. In : Guidelines on Paediatric Urology.* Arnhem, The Netherlans: European Association of Urology, European Society for Paediatric Urology, 2009: p. 29-31.
7. Neveus, T., et al., *The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society.* J Urol, 2006. **176**(1): p. 314-24.
8. Nicolas Delvaux, S.V.d.V., Hilde Philips, Paul Van Royen, Jan Vanschoenbeek, Martine Goossens, *EBMPracticeNet - Adaptatie Duodecim Richtlijnen - Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be.* juli 2013.
9. Hirasing R.A. , v.L.F.J.M., Sukhai R.N., van Capelle J.W., Froeling F.M.J.A. en Vijverberg M.A.W. , *Uitwerking Richtsnoer 'Enuresis nocturna' voor kinderen met hardnekkige klachten.* Ned Tijdschr Geneeskd 2004. **3 januari;148(1)**: p. 17-21.
10. BCFI. Available from: http://www.bcfi.be/.
11. Robson, W.L., *Clinical practice. Evaluation and management of enuresis.* N Engl J Med, 2009. **360**(14): p. 1429-36.
12. Loening-Baucke, V., *Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood.* Pediatrics, 1997. **100**(2 Pt 1): p. 228-32.
13. R.A., H., *Richtsnoer 'Enuresis nocturna'. .* Ned Tijdschr Geneeskd, 1994. **138**: p. 1360-6.
14. Caldwell, P.H., G. Nankivell, and P. Sureshkumar, *Simple behavioural interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2013. **7**: p. CD003637.
15. Deshpande, A.V., P.H. Caldwell, and P. Sureshkumar, *Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics).* Cochrane Database Syst Rev, 2012. **12**: p. CD002238.
16. Glazener, C.M., J.H. Evans, and D.K. Cheuk, *Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2005(2): p. CD005230.
17. Glazener, C.M. and J.H. Evans, *Desmopressin for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2002(3): p. CD002112.
18. Glazener, C.M. and J.H. Evans, *Alarm interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2001(1): p. CD002911.
19. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, *Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2004(1): p. CD004668.
20. Lackgren, G., et al., *Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy.* Acta Paediatr, 1999. **88**(6): p. 679-90.
21. Neveus, T., et al., *Enuresis--background and treatment.* Scand J Urol Nephrol Suppl, 2000(206): p. 1-44.
22. Hjalmas, K., et al., *Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy.* J Urol, 2004. **171**(6 Pt 2): p. 2545-61.

23. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, *Alarm interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2005(2): p. CD002911.
24. Glazener, C.M. and J.H. Evans, *Desmopressin for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2000(2): p. CD002112.
25. Glazener, C.M. and J.H. Evans, *Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics).* Cochrane Database Syst Rev, 2000(3): p. CD002238.
26. Dehoorne, J.L., et al., *Desmopressin toxicity due to prolonged half-life in 18 patients with nocturnal enuresis.* J Urol, 2006. **176**(2): p. 754-7; discussion 757-8.
27. Butler, R.J., et al., *Investigating the three systems approach to complex childhood nocturnal enuresis--medical treatment interventions.* Scand J Urol Nephrol, 2004. **38**(2): p. 117-21.
28. Austin, P.F., et al., *Combination therapy with desmopressin and an anticholinergic medication for nonresponders to desmopressin for monosymptomatic nocturnal enuresis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.* Pediatrics, 2008. **122**(5): p. 1027-32.
29. Ozden, C., et al., *The efficacy of the addition of short-term desmopressin to alarm therapy in the treatment of primary nocturnal enuresis.* Int Urol Nephrol, 2008. **40**(3): p. 583-6.
30. Leebeek-Groenewegen, A., et al., *Efficacy of desmopressin combined with alarm therapy for monosymptomatic nocturnal enuresis.* J Urol, 2001. **166**(6): p. 2456-8.
31. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, *Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics).* Cochrane Database Syst Rev, 2003(4): p. CD002238.
32. Glazener, C.M. and J.H. Evans, *Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2004(2): p. CD003637.
33. Huang, T., et al., *Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2011(12): p. CD005230.
34. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, *Alarm interventions for nocturnal enuresis in children.* Cochrane Database Syst Rev, 2003(2): p. CD002911.
35. Lee, T., et al., *Comparison of effects of treatment of primary nocturnal enuresis with oxybutynin plus desmopressin, desmopressin alone or imipramine alone: a randomized controlled clinical trial.* J Urol, 2005. **174**(3): p. 1084-7.

13. Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Dr. Van der Meulen Eva, huisarts-in-opleiding in praktijk te Oostakker

Dr. Meul Ann-Sophie, huisarts-in-opleiding in praktijk te Sint-Pauwels

Dr. Cloetens Hanne (co-promotor), huisarts te Brugge

Prof. Dr. De Sutter An (Promotor), verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Gent

De belangen van de auteurs werden verklaard. Hieruit kan worden afgeleid dat er geen belangenconflicten zijn.

BIJLAGE 2

Studieprotocol

De Finse Duodecimrichtlijn 'Enuresis in a child' werd i.s.m. EBMPracticeNet geëvalueerd en zo nodig aangepast aan recente literatuur en de Belgische zorgcontext. Deze wordt in 2 LOKgroepen van Huisartsen en 2 seminariegroepen van HAIO's voorgesteld. Op het einde van de voorstelling kunnen vragen gesteld worden en wordt er gevraagd of er opmerkingen zijn i.v.m. de richtlijn en de toepasbaarheid in de Belgische zorgsector. Aan de hand van deze zaken wordt de opgestelde richtlijn eventueel nog aangepast.
Daarnaast is er nog een implementatie in de eigen opleidingspraktijk. Dit zal naast de voorstelling van de richtlijn zich verder beperken tot het anamnesedeel van de richtlijn. Er zal aan de vier huisartsen van de opleidingspraktijk gevraagd worden hoe zij een fictieve casus zouden benaderen op vlak van anamnese. Dit zal vergeleken worden met de aanbevolen anamnese in de richtlijn en de afwijkingen hiervan zullen besproken worden. Daarnaast zal in het elektronisch medisch dossier een sjabloon voor een type-consultatie gemaakt worden dat de huisarts kan gebruiken om de anamnese gestructureerd te overlopen en te registreren. Dit zal eveneens worden voorgesteld aan de 4 huisartsen van de opleidingspraktijk en ter beschikking gesteld worden. Eventuele opmerkingen hierover zullen ook ter achte genomen worden en tot eventuele aanpassingen ervan kunnen leiden.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0257	31-mrt-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Enuresis bij het kind - Adaptatie van een Duodecim richtlijn - Ma-na-ma Eva Van Der Meulen

Belgisch Registratienummer: B670201524190

* Antwoord onderzoekers volledig ontvangen via mail dd. 13/03/2015 op opmerkingen EC dd. 10/03/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 13/03/2015)
* Toestemmingsformulier (ontv. dd. 13/03/2015)

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 26/03/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/03/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 26/03/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/03/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0257	31-mrt-15	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be