

Gäller för: Verksamhet Medicin barn

Giltig från: 2024-12-10

Innehållsansvar: Åsa Funkquist, (asafu1), Specialistläkare

Giltig till: 2026-12-10

Granskad av: Per Brandström, (perbr13), Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

Polyuri och polydipsi hos barn – riktlinjer för diagnostik och utredning

Förändringar sedan föregående version

Inga förändringar.

Bakgrund och syfte

Avsikten med dessa riktlinjer är att ge vägledning i utredningen av ett barn med misstänkt stora urinmängder eller påtaglig törst och är ej heltäckande. För mer ingående information hänvisas till aktuella läroböcker/översiktsartiklar och diskussion med barnnefrolog/enokrinolog.

Utförande

Vanliga presentationssymtom

Polyuri - ”jag måste byta blöjor hela tiden”

Polydipsi - ”mitt barn dricker hela tiden”

Sömnsvårigheter - ”mitt barn vill dricka hela natten”

Failure to thrive

Vid misstänkt polyuri bör utredningen inriktas på följande differentialdiagnoser

- primär polydipsi (habituell drickare – beteendestörning)
- renal orsak
 - njurparenkym sjukdom (dysplasi, hypoplasi, nefronoftis, pyelonefritisk njurskada)

- tubulära sjukdomar
 - Bartter's syndrom
 - nefrogen diabetes insipidus (NDI)
 - renal tubulär acidosis
 - Fanconi-syndrom
- central diabetes insipidus (CDI)

Basalutredning

- anamnes – törst? urinvolym? dricker nattetid? feberepisoder? dehydrering? huvudvärk? Gör en uppskattning hur mycket barnet dricker per dygn.
- tillväxtkurva
- enkla prover
 - blod kreatinin, Na, K, Ca, standardbikarbonat
 - urin stickor, u-pH, spontan osmolalitet gärna morgonprov
- klinisk undersökning
 - blodtryck
 - nutritionstillstånd
 - skelett, buk, neurologi

I många fall är dessa undersökningar tillräckliga. Om barnet inte dricker nattetid, har normal tillväxt och proverna är normala behövs ingen ytterligare utredning. God spontan urin-osmolalitet (>700-800) utesluter central eller renal diabetes insipidus men ofta är den spontana u-osmolaliteten lägre även hos friska barn. Ge allmänna råd och en uppföljande kontakt.

Definition: polyuri: $>2000 \text{ ml/m}^2/\text{dygn}$ eller $>3 \text{ ml/kg/timme}$

Tolkning av törstprovokation + desmopressintest

Urinosmolalitet	Diagnos
>750	Primär polydipsi
<300	Diabetes insipidus
>750 efter desmopressin-test	CDI
<300 efter desmopressin-test	NDI
500-750 med ökning efter desmopressin	primär polydipsi? partiell CDI?
300-750 utan effekt av desmopressin	primär polydipsi? partiell NDI?

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och utvärdering av innehållet i rutinen. Innehållsansvarig ansvarar för revision av rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Arbetsgrupp

Diana Swolin-Eide, överläkare, Verksamhet Medicin barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin barn

Innehållsansvar: Åsa Funkquist, (asafu1), Specialistläkare

Granskad av: Per Brandström, (perbr13),
Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-564

Version: 5.0

Giltig från: 2024-12-10

Giltig till: 2026-12-10