

Zácpa u dětí

MUDr. Vladimír Volf, Ph.D.

Klinika dětí a dorostu 3. lékařské fakulty UK a FN Královské Vinohrady, Praha

V článku jsou probrány základní projevy onemocnění gastrointestinálního systému u dětí. Podrobně je probrána problematika zácpy, která se může manifestovat kdykoli v dětském věku. Příčiny zácpy u dětí jsou většinou funkčního původu, ale v rámci diferenciální diagnostiky je třeba vždy provést kompletní vyšetření k vyloučení jiných organických příčin. Autor zdůrazňuje nutnost včasné diagnostiky a léčby nejčastějších příčin zácpy u dětí.

Klíčová slova: zácpa, děti, diagnostika, léčba.

Constipation in childhood

The article discusses the basic symptoms of the gastrointestinal diseases in childhood. Is discussed in detail the issue of constipation, which can manifest at any time in childhood. Causes of constipation in children is mostly a functional origin, but in the differential diagnosis should always perform a complete examination to exclude other organic causes. The author emphasizes the need for early diagnosis and treatment of most common causes of constipation in childhood.

Key words: constipation, childhood, diagnosis, treatment.

Pediatr. praxi 2012; 13(5): 322–324

Úvod

Zácpa je jedním ze základních symptomů onemocnění zažívacího systému. Je definována jako obtížné vyprazdňování tuhé stolice, kdy frekvence vyprazdňování stolic se u dětí liší i podle jejich věku. Při rozhodování o tom, zda dítě trpí zácpou, není významné pouze posouzení frekvence vyprazdňování, ale zejména obtíže spojené s vyprazdňováním (bolestivá defekace, enteroragie). Vždy je třeba velmi podrobně probrat anamnestické údaje související s ev. zácpou. Zdravé dítě může mít stolicí jednou za 2 až 3 dny s normální defekací. Naopak tuhá, obtížná defekace v intervalu 3 a více dnů je již považována za zácpu.

Vzhledem k tomu, že zácpa je jedním ze základních symptomů onemocnění zažívacího systému, je třeba mít na paměti, že zácpa nemusí vždy znamenat organické poškození střev, ale může být i na psychogenním podkladě. Především u dětí je tato příčina mnohem častější než u dospělých pacientů. Proto je velmi důležité pacienty podrobně vyšetřit, a to jak fyzikálně, tak i laboratorně, abychom včas odhalili organický podklad zácpy, kde je velmi důležité včas terapeuticky zasáhnout.

U kojenců v prvních měsících života kolísá četnost stolice od žádné až po několik denně. Pravidlem je, že plně kojené děti se vyprazdňují mnohem nepravidelněji než děti na umělé výživě. Můžeme se setkat s tím, že plně kojené dítě má stolicí třeba i 1× za 10 dní nebo naopak několik stolic denně. V těchto případech je právě velmi důležité pátrat po kvalitě stolic, patologických příměsích ve stolici, charakteru

defekace a celkového prospívání dítěte (stav výživy, distenze břicha). Důležitý je časový údaj odchodu stolice u novorozence po porodu. Je-li delší než 24–48 hodin, je velké podezření na organický podklad obtíží a pacient by měl být podrobně vyšetřen. Při celkovém vyšetření kojenců se zácpou je rovněž důležité posoudit anální otvor a provést vyšetření per rektum. Anální otvor je za fyziologických podmínek umístěn v jedné třetině vzdálenosti mezi okrajem velkých stydkých pysků a kostrčí u dívek nebo v polovině vzdálenosti mezi skrotem a kostrčí u chlapců. Jeho posun směrem ventrálním může být příčinou zácpy v kojeneckém věku. Samozřejmostí při vyšetření análního svěrače je zjištění možnosti různých anomálií jeho velikosti a průchodnosti. Tyto vrozené vady se musí diagnostikovat a řešit ihned v novorozeneckém věku.

U batolat i větších dětí bývá zácpa nejčastěji na funkčním podkladě. Organický podklad v tomto věku je podstatně méně častý. Při celkovém vyšetření dětí se zaměřujeme nejenom na četnost a kvalitu stolic, ale všímáme si i chování dětí. Pozornost musíme věnovat také údajům o „špinění“, které vzniká v důsledku přeplnění análního kanálu a ampuly rekta stolicí, kdy dochází ke snížení aktivity rektálních svěračů s následným odchodem stolice. Tento problém se stává pro pacienty začarovaným kruhem, jelikož další hromadění stolice v tlustém střevu vede k jeho dilataci, útlumu defekačního reflexu. Výrazně tuhá stolice při odchodu análním kanálem způsobuje velmi často jeho poranění, které bývá spojené s krvácením. Může dojít

i k zánětlivým změnám v oblasti řitního otvoru, jeho bolestivosti. Děti na tuto situaci zpravidla reagují zadržováním stolice, což vede k progresi všech obtíží.

Tyto projevy nemusí být jenom u zácpy, která je na funkčním podkladě, ale mohou být způsobeny například sníženou funkcí štítné žlázy, anomálií střev, léky (opiáty) (tabulka 2).

Diagnostika a léčba zácpy u dětí závisí na její příčině (tabulky 1, 2).

Funkční zácpa je nejčastější příčina zácpy u dětí. Je třeba ji odlišit od zácpy organické (tabulka 2) na základě anamnestických údajů a fyzikálního vyšetření pacienta. Na rozdíl od anorektálních malformací nebo Hirschsprungovy choroby se tento typ zácpy manifestuje až po novorozeneckém období, často i mnohem později. Většinou se projevuje

Tabulka 1. Definice zácpy u dětí dle římských kritérií (tabulka 1) (10, 11)

Kojenci a batolata
Dvě z následujících kritérií:
■ 2 a méně stolic za týden
■ 1 a více enkopres za týden
■ nadměrné zadržování stolice
■ bolestivá střevní peristaltika
■ četná skybala v oblasti rekta
■ opakovaně objemná stolice
Děti od 4–18 let
Dvě z následujících kritérií:
■ 2 a méně stolic za týden
■ 1 a více enkopres za týden
■ opakované zadržování stolice
■ bolestivá střevní peristaltika
■ četná skybala v oblasti rekta
■ opakovaně objemná stolice

Tabulka 2. Příčiny zácpy u dětí (1, 2, 5, 6, 11)

Funkční zácpa
Organická zácpa
Anatomická příčina
■ Anální stenóza, atrezie, píštěl
■ Dysplazie anu
■ Stenózy střeva (postnekrotizující enterokolitida)
■ Striktura anu
Poruchy vývoje svalstva
■ Prune Belly syndrom
■ Gastroschisis
■ M. Down
■ Svalová dystrofie
Poruchy vývoje nervové tkáně
■ M. Hirschsprung
■ Viscerální myopatie nebo neuropatie
■ Intestinální neuronální dysplazie
Poruchy míchy
■ Spina bifida
■ Poranění
Léky
■ Anticholinergika
■ Narkotika
■ Metylfenidát
■ Fenytoin
■ Antidepresiva
■ Chemoterapeutika
■ Pankreatické enzymy
■ Hypovitaminóza D
Metabolická onemocnění
■ Hypokalemie
■ Hyperkalcemie
■ Hypotyreóza
■ Diabetes mellitus
■ Diabetes insipidus
Onemocnění GIT
■ Celiakie
■ Intolerance bílkovin KM
■ Cystická fibróza
■ IBD
■ Nádory GIT
Autoimunitní onemocnění
■ SLE
■ JIA
■ Sklerodermie
Psychiatrická onemocnění
■ Bulimia nervosa
■ Mentální anorexie

akutními bolestmi břicha s poruchou odchodu stolice, které mohou být iniciovány dietní chybou nebo infektem. Tento akutní stav může přecházet do chronického během relativně krátké doby. U kojenců a batolat může být spouštěcím faktorem funkční zácpy časné vysazování na nočník, které dítě začne odmítat. Současně s nástupem tuhé stolice často dochází ke vzniku análních fisur s projevy odmítání na stolicí.

Tabulka 3. Farmakologická léčba zácpy

Macrogolum 4 000 (polyetylglykol) – Forlax	1,5 g/kg/den
Laktulóza – Lactulosa, Duphalac	3 × 2 ml/kg
Bisacodyl – Bisacodyl, Fenolax	5 mg p. o. (malé děti), 10 mg p. o. (školní děti)

U větších dětí jsou typické pohyby při nástupu defekace – podřep, stažení gluteálních svalů, pocení. Po odeznění defekačního reflexu dochází k úlevě, ale hromadění stolice ve střevech vede k opakovaným bolestem břicha. Při fyzikálním vyšetření jsou typická hmatná skybala především v podbřišku. Při vyšetření per rektum je typické ochabnutí análního svěrače, hmatná skybala v anu, často bývá vyšetření ukončeno výraznou defekací dítěte. U řady pacientů se mohou objevovat i příznaky z onemocnění dolních močových cest (IMC, enuresis).

U funkční zácpy je velmi důležitá včasná léčba, protože prolongování obtíží může vést k anatomickým změnám na tračníku, které mohou zhoršovat klinické příznaky. Prvním krokem v léčbě psychogenní zácpy je nácvik defekačního reflexu, včasné a časté vysazování dítěte na nočník, dietní opatření, dostatečné množství dodávky tekutin, omezení čokolády a cukrovinek. Současně s dietními opatřeními se doporučuje farmakologická léčba (polyetylglykol, laktulóza, minerální oleje) (tabulka 3). V léčbě tohoto typu zácpy je velmi důležité správné působení na dítě, nepřeceňovat a zbytečně nezdůrazňovat nutnost pravidelné stolice. V některých případech je nutná spolupráce dětského psychologa. Rozhodně bychom v léčbě zácpy neměli používat opakovaná klyzmata a manuální vybavování stolice. Tyto metody jsou určeny pouze pro akutní stavy a u malých dětí by se především manuální vybavování stolice mělo provádět v celkové anestezii.

Závěr

Zácpa, jako jeden ze základních symptomů onemocnění zažívacího systému u dětí, může mít velmi širokou škálu příčin. Je velmi důležité včas zhodnotit její projevy, protože pozdní diagnostika zácpy u dětí může mít velmi nepříjemné následky, které by mohly vést i k ohrožení života pacienta. Z těchto důvodů je třeba včas velmi podrobně provést klinickou i laboratorní

diagnostiku, abychom těmto situacím dokázali předcházet.

Literatura

1. Hoffenberg EJ, Rothenberg SS, Bensard D. Outcome after exploratory laparoscopy for unexplained abdominal pain in childhood. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 991–993.
2. Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practise. J Pediatr 1998; 133: 473.
3. Kiernan GJ, Cales RH. Emergency medicine clinics of North America. WB. Saunders Company, Philadelphia, 1999: 328.
4. Paul RI, Christofel KK, Binns HJ, et al. Foreign body ingestions in children: Risk of complication varies with site of initial health care contact. Pediatric Practice Research Group. Pediatrics 2003; 91: 121–136.
5. Plánka L, Tůma J, Rak V, a kol. Výsledky elektivní laparoskopické ependektomie u nejasných bolestí břicha v pravém podbřišku. Rozhl. Chir. 2006; 85: 7: 343–346.
6. Sartor RB. Cytokines in intestinal inflammation: Pathophysiological and clinical considerations. Gastroenterology 2000; 106: 533.
7. Shaffer HA, de Lange EE. Gastrointestinal foreign bodies and strictures: Radiologic interventions. Curr Probl Diagn Radiol 2004; 23: 205–223.
8. Schuppan D. Current concepts of celiac disease pathogenesis. Gastroenterology 2000; 119: 234–239.
9. Boutnik Y, Alain S, Attar A, et al. Bacterial populations contaminating the upper gut in patients with small intestinal bacterial overgrowth syndrome. Am J Gastroenterol 1999; 94: 1327–1332.
10. Carvalho RS, Michail SK, Ashai-Khan F, et al. An update in pediatric gastroenterology and nutrition: a review of some recent advances. Curr Prob Pediatr Adolesc Health Care 2008; 38: 197–234.
11. Nelson textbook of Pediatrics, 19th Edition, Kliegman R, et al, Elsevier, 2011.

Článek doručen redakci: 9. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 7. 8. 2012

MUDr. Vladimír Volf, Ph.D.

Klinika dětí a dorostu 3. lékařské fakulty UK
a FN Královské Vinohrady
Šrobárova 1 150/50, 100 34 Praha 10
volf@fnkv.cz