

ZÁCPA U DĚTÍ

MUDr. David Neumann, Ph.D., doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

DEFINICE

Zácpa u dětí je prodloužení intervalu vyprazdňování, nápadně tuhá až kamenná stolice a obtížné vyprázdnění. Pro klinickou praxi je vhodné pro děti nad jeden rok považovat za fyziologické alespoň tři vyprázdnění za týden.

Orientační interval vyprazdňování

6–12 měsíců	1–3 roky	nad 3 roky
6–33 hod.	8–42 hod.	12–42 hod.

DĚLENÍ

95 % dětí s obstipací trpí funkční zácpou, z velké většiny syndromy dysfunkce pánevního dna. Funkční zácpa se svým vznikem a průběhem liší od zácpy dospělých. Hlavním patofyziologickým mechanismem je bolest při vyprázdnění a strach z další bolestivé defekace. Nezbytné je odlišit zácpu jako symptom jiného onemocnění.

ETIOPATOGENEZE

Symptomatická zácpa – příznak onemocnění a nežádoucích účinků léků

- cystická fibróza, hypokalcémie
- anorektální malformace
- Hirschsprungova choroba, střevní hypoganglionózy, střevní neuronální dysplázie, achalázie vnitřního análního svěrače, kaudální dysrafie
- hypoparatyreóza, hypotyreóza, křivice
- intolerance bílkoviny kravského mléka, celiakie
- antiepileptika, antihistaminika, antacida, anticholinergika

Funkční poruchy vyprazdňování

- zácpa s dlouhým časem průchodu (slow transit constipation)
- syndrom dráždivého tračníku (irritable bowel syndrome)
- syndromy dysfunkce pánevního dna
- změněná peristaltika tlustého střeva
- změněná senzitivita tlustého střeva
- obtížné vyprázdnění rektu

Syndromy dysfunkce pánevního dna (Římská klasifikace II, skupina G4)

Nejsou nemocemi, ale chybně naučenými způsoby vyprazdňování.

Funkční zácpa Funkční retence stolice	Na začátku je bolestivé vyprázdnění tuhé stolice po febrilním onemocnění, změně jídelníčku, enteritidě, změně denního režimu (začátek školní docházky, změna bydliště), nevhodném nácviku defekace (nočník, toaleta), u předškolních a školních dětí po potlačování urgency na defekaci, při dysharmonickém sociálním (rodinném) prostředí. Po bolestivém vyprázdnění děti oddalují defekaci a vzniká patologická volní, později mimovolní kontrakce análních svěračů a svalů pánevního dna vždy při zvýšení nitrobršního tlaku a při velkých pohybech střeva (anizmus). Stolica zůstává v rektální ampule a inspizuje. Do dvou týdnů dilataje rektální ampula pouze minimálně (časové kritérium pro funkční zácpu). Pokud se nepodaří bezbolestné vyprázdnění, dochází k jejímu dalšímu roztažení a plnění orálních oddílů trávicí trubice tuhou stolicí. Množství stolice je tak velké, že vnější anální svěrač relaxuje reflexním způsobem podobně jako vnitřní anální svěrač. Překročením kritického objemu stolice v rektu dochází k úplné relaxaci svěračů bez ohledu na vůli. Pokud chce dítě v takové situaci zachovat alespoň částečnou kontinenci a dál odsunout („navždycky“) vyprázdnění, musí užít antidefekačních manévru a pozic (sed ve dřepu, svírání gluteálních svalů...). To dále zhoršuje poměry v rektu. Rektální ampula je výrazně dilatovaná. Rodiče se v takové situaci často domnívají, že se dítě snaží vyprázdnit, ale „že mu to nejde“. Volní antidefekační pozice znamenají přechod do funkční retence stolice. Diagnostická kritéria vyžadují trvání delší než 12 týdnů. Je na ní potřebné zaměřit anamnestické dotazy, protože funkční stav je závažnější, rektální ampula je výrazně rozšířená a obvykle je také hmatná abdominální rezistence naplněného sigmatu a tračníku. Terapie je obtížnější, riziko neúspěšnosti a relapsů vyšší.
Funkční neretenční špinění	Je v předcházejících 12 týdnech u dítěte staršího čtyř let špinění nebo odchod stolice do spodního prádla v neodpovídajících sociálních a společenských souvislostech. Děti nemají anatomickou anomálii, zánětlivé onemocnění střeva ani retenci stolice. Může mít vztah ke školnímu stresu, určité osobě nebo denní době. Většina z těchto dětí má stolicí denně, často kompletně ve spodním prádle. Diagnóza je relativně řídká.
Dyschézie kojenců	Je charakterizována nejméně 10 minut trvajícím napínáním břišní stěny, pláčem nebo křikem před vyprázdněním měkké stolice normálního vzhledu u zdravého dítěte mladšího šesti měsíců. Spontánně se upravuje během několika měsíců a nevyžaduje léčbu. Manipulace s rektum, užití rektální rourky nebo čípků může oddálit fixaci defekačního reflexu.

STAVY SPOJENÉ SE ZÁCPOU

Enkopréza (špinění)	Je to mimovolný únik stolice po vyloučení organických příčin. Vzniká nesouladem mezi percepcí rektálního obsahu a reflexní relaxací análních svačů. Vzniká buď oddalováním drobných nejjaborálnějších částí inspizované stolice, nebo polotekutý obsah ze sigmatu obtéká rektální masu.
Anizmus	Rektoanální dyssynergie – je patologický souhyb, kdy dítě při zvýšení nitrobršního tlaku svírá konečník, namísto povolení svěračů.

KLINICKÝ OBRAZ

V úvodu jsou symptomy uvedené v definici, s postupem se objevuje oddalování vyprazdňování (dřepání, svírání hýždí...), špinění spodního prádla, defekace v bizarních pozicích, krvácení z anální fisury, nechutenství, nadýmání a nepříjemné pocity před vyprázdněním. Typický je údiv rodičů nad množstvím; často rodiče přinášejí údaje o defekaci dítěte zaznamenané v rodinném kalendáři.

VÝSTRAŽNÉ PŘÍZNAKY

Pozdní odchod smolky, obstrukce v novorozeneckém a kojeneckém věku, neprospívání, malý růst, hmotnostní úbytek, zvracení, anomálie anu, hlen a krev ve stolici, enteroragie bez anální fisury, bolesti břicha, zácpa bez bolesti a oddalování vyprázdnění, krátké úzké rektum při digitálním vyšetření, porucha senzitivity sakrálních dermatomů a absence kremasterového reflexu, zvětšení lymfatických uzlin, ekzém.

VYŠETŘENÍ**Praktický lékař pro děti a dorost**

Anamnéza	Rodinná anamnéza pozitivní nebývá. Cílená anamnéza a fyzikální vyšetření postačuje ke stanovení správné diagnózy v 90–95 %.
Fyzikální vyšetření	standardní vyšetření dětí podle věkových skupin
Laboratorní vyšetření	TSH, fT4, Na, K, Cl, Ca, endomysální protilátky, potní test.

Navazují vyšetření dětským gastroenterologem.

TERAPIE**Principy léčby**

Jediným dlouhodobě účinným opatřením je obnovení defekačního reflexu. Pravidelné vyprazdňování je jak cílem, tak také prostředkem úpravy. Perorální léčba je lepší než manipulace s anorektem. Každou fekální masu lze vyprázdnit dostatečně intenzivní perorální léčbou. Po desimpakci je potřeba zajistit dlouhodobou léčbu. Manipulace s konečníkem a rektální aplikace léků narušuje přirozený defekační reflex, je sociálně nevhodná, zvyšuje strach dítěte a pro svou bolestivost může obtíže zhoršit.

Strategie léčby

Časná kontrola do jednoho měsíce po prvním vyšetření. Kontroly jsou podle stavu po 1–6 měsících telefonicky nebo ambulantně. Pro případ zhoršení telefonický kontakt. Léčba by měla trvat několik měsíců po dosažení pravidelné defekace, protože překonání strachu z bolestivého vyprazdňování trvá dětem týdny až měsíce a jediná bolestivá stolice přináší relaps během 1–2 týdnů.

Hodnocení účinnosti léčby

Úspěšná léčba	1) vyprázdnění alespoň třikrát týdně 2) enkopréza < jednou za 14 dní 3) stav bez nutnosti užívat laxativa
Selhání léčby	1) přetrvávání nebo zhoršení obtíží 2) přetrvávání nebo prodloužení intervalu defekace 3) přetrvávání enkoprézy 4) zhoršování psychického stavu dítěte 5) zhoršování compliance pacienta a rodiny

Desimpakce – odstranění inspizované masy stolice je prvním zcela nezbytným krokem

Perorální podání excessu laktulózy 3–5 g/kg/den (až 5 ml/kg/den) rozděleno do tří dávek, přibližně na dobu tří týdnů. Vhodné pro malé děti. Pomalejší způsob.

Klyzma – po rychlém vyprázdnění může dojít k okamžité úlevě a důvěře v terapii, ale manipulace s konečníkem může stav také zhoršit. Ambulantně na lůžkovém oddělení.

Manuální vybavení stolice v analgosedaci.

Dlouhodobá léčba**Režimová opatření**

Modifikovaný defekační režim podle Mařatky: defekace 1–2krát denně, vždy ve stejnou denní dobu, beze spěchu. Výsledek zaznamenat do kalendáře a dítě pozitivně motivovat. Alespoň občasná kontrola rodiči, odpovídá-li množství stolice intervalu mezi defekacemi, nezbytná je i u větších dětí.

Pocitu nucení na stolici vždy vyhovět. Dostatek pohybu. Rehabilitace.

Dieta

Zvýšený příjem tekutin, vstřebatelné i nevstřebatelné vlákniny (ovoce – vyjma citrusů, zelenina, celozrnné pečivo), nevstřebatelných cukerných alkoholů (sorbitol – meruňkový, broskvový, jablečný džus), medu.

Zařazení funkčních potravin – probiotika a prebiotika (jogurty s bifidogenními kulturami, oligosacharidy).

Omezení bílého a kynutého pečiva, sladkostí, čokolády, kaka, černého čaje...

Farmakoterapie

Laktulóza	1–2 g/kg/den v 1–3 dávkách; NÚ meteorismus a flatulence
Duphalac sir. 200, 500 ml (Solvay) 3,336 g/5 ml	1–1,5 ml/kg/den
Lactulosa Infusia 250, 500 ml 3,336 g/5 ml	1–4 ml/kg/den
Glycerin (glycerolum)	2,06 g/čípek
Suppositoria glycerini Léčiva supp. 10 × 2,06 g	Ize užít také k „dovyprázdnění“ po vyprázdnění neadekvátně malého množství stolice
Paraffinum liquidum	1–3 ml/kg/den v 1–2 dávkách u dětí > 1 rok pro riziko aspirace; tekutý parafín je účinný a levný; magistraliter příprava: Rp. Paraffinum liquidum 200,0
Syntostigmin (neostigminum)	0,02 mg/kg 2x denně; NÚ abdominální křeče, příznaky aktivace parasymptiku; krajní terapeutická možnost
Kontaktní laxativa	pro děti krajně nevhodná

Další možnosti léčby

Biofeedback	založen na anorektální manometrii
Vyloučení bílkoviny kravského mléka	pokud je prokázána intolerance bílkoviny kravského mléka; zácpa může být jediným projevem.

Psychologická intervence

Ve vybraných případech může být prospěšná. Výhodná se zdá rodinná behaviorální psychoterapie vedená dětským psychologem se zkušeností v problematice obstipace.

Chirurgická léčba**STAVY DOPORUČENÉ K VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM GASTROENTEROLOGEM NEBO DĚTSKÝM CHIRURGEM**

Výskyt výstražných příznaků, podezření na symptomatickou zácpu, porucha vyprazdňování u novorozence a kojence, selhání komplexní léčby trvající > 6–12 týdnů, ztráta spolupráce dítěte a rodiny, funkční neretenční špinění.

Literatura

1. American gastroenterological association medical position statement on anorectal testing techniques. Gastroenterology, 1999; 116: 732–735.
2. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 1999; 29: 612–626.
3. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N. Engl. J. Med., 1998; 339: 1100–1104.
4. Loening-Baucke, V. Factors determining outcome in children with chronic constipation and faecal soiling. Gut, 1989; 30: 999–1006
5. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. In Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II: A multinational consensus document of functional gastrointestinal disorders. Gut, 1999; 45: S60–S68.
6. Pozler O, Neumann D. Funkční zácpa u dětí. Pediatrie pro praxi, 2000; 1: 60–62.