

Chronické bolesti břicha u dětí a adolescentů

prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Recidivující chronické bolesti břicha dětí a adolescentů jsou jednou z nejčastějších situací, které přicházejí v klinické praxi. Ačkoliv diferenciální diagnostika je široká, podrobná anamnéza a fyzikální vyšetření v kombinaci s rutinními laboratorními vyšetřeními vedou ke správné diagnóze. Cílem terapie je zmenšit stres a napětí u dítěte s umožněním jeho normální aktivity a školní docházky. K dispozici je dietní, psychologická a farmakologická léčba. Nezbytné bývá dlouhodobé sledování dítěte, lékařská kontrola symptomů a opakované ujištění a podpora pacienta a jeho rodiny.

Klíčová slova: funkční gastrointestinální onemocnění dětí, funkční bolesti břicha, chronické bolesti břicha, funkční dyspepsie.

Chronic abdominal pain of childhood and adolescence

Chronic abdominal pain of childhood and adolescence is one of the most common, yet challenging conditions encountered in clinical practice. Although the differential diagnosis is broad, a comprehensive history and physical examination in combination with routine screening laboratory evaluation should lead to an accurate diagnosis. The goal of the therapy is to decrease stress or tension for the child while promoting normal patterns of activity and school attendance. Dietary, pharmacological and psychological therapies are available. Long-term follow-up to assist medically in symptom control as well as provision of reassurance and support may be necessary.

Key words: childhood functional gastrointestinal disorders, functional abdominal pain, chronic abdominal pain, functional dyspepsia.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(3): 151–155

Funkční gastrointestinální onemocnění (FGO) jsou definována jako proměnná kombinace chronických nebo opakujících se gastrointestinálních symptomů u dětí a dospívajících ve věku 4–18 let, které nejsou vysvětlitelné strukturálními nebo biochemickými změnami. Část FGO je provázena bolestmi břicha. Opakující se bolesti břicha nejsou jediným projevem FGO, jak je uvedeno v tabulce 1. V roce 1999 byla publikována první pediatrická Římská kritéria II pro FGO a v roce 2006 byla zveřejněna upravená pediatrická Římská kritéria III.

V literatuře se udává, že opakovanými bolestmi břicha, které ruší normální aktivitu dítěte, trpí 10–15 % školních dětí, převahu mají dívky. V jiné studii byly pozorovány dokonce u 17–24 % středoškoláků a vysokoškoláků. V literatuře je uváděno, že 90–95 % z nich nemá organické onemocnění. Z tohoto důvodu jsou bolesti považovány za „psychosomatické“ a pojmenovány termínem funkční.

Funkční onemocnění spojená s bolestí břicha

Funkční dyspepsie

(Symptomy musí být přítomny nejméně 1 × týdně po dobu 2 měsíců před diagnózou).

Pro diagnózu musí být splněny všechny položky:

1. Perzistující nebo rekurentní bolest/diskomfort v horní části břicha (nad pupkem).
2. Není úleva po defekaci, není spojení se změnou charakteru stolic nebo jejich frekvencí.
3. Není prokazatelné zánětlivé, metabolické nebo nádorové onemocnění, nejsou přítomny anatomické změny, které by vysvětlovaly udávané potíže.

Onemocnění se projevuje hlavně bolestmi břicha v epigastriu v závislosti, ale i bez závislosti na jídle, nauzeou, nadý-

Tabulka 1. Funkční gastrointestinální onemocnění

• Zvracení a aerophagie
– Ruminace u adolescentů
– Cyklické zvracení
– Aerofágie
• Funkční onemocnění spojená s bolestí břicha
– Funkční dyspepsie
– Funkční bolesti břicha
– Dráždívý tračník
– Abdominální migréna
• Zácpa a inkontinence
– Funkční zácpa
– Neretinjící inkontinence

máním, říháním, škroukáním v žaludku, škytavkou, regurgitací žaludečního obsahu. Uvádí se, že těchto pacientů je asi jedna polovina. Předpokládáný mechanismus funkční dyspepsie zahrnuje poruchy motility s opožděným vyprazdňováním žaludku, zpomalenou pasáž v horní části jejunu nebo viscerální hypersenzitivitu. Existuje také genetická predispozice – snadná vulnerabilita (úzkostlivost, neprůbojnost, malé sebevědomí). Děti mívají velmi dobrý prospěch, záleží jim na výkonu ve škole. Důležité jsou vlivy rodiny, fyzické a psychosociální stresy.

Funkční bolesti břicha

(Symptomy musí být přítomny nejméně 1 × týdně po dobu 2 měsíců před diagnózou).

Pro diagnózu musí být splněno:

1. Epizodické nebo kontinuální bolesti břicha (v okolí pupku), bolest nevyzažuje.
2. Nejsou naplněna kritéria pro ostatní funkční gastrointestinální onemocnění.
3. Není prokazatelné zánětlivé, metabolické nebo nádorové onemocnění, nejsou přítomny anatomické změny, které by vysvětlovaly udávané potíže.
4. Musí být přítomen nejméně jeden doprovodný symptom, který se vyskytuje jen „někdy“, což znamená nejméně v 25 % času.
 - a) Určitá ztráta denní aktivity.
 - b) Další somatické symptomy, jako je bolest hlavy, bolest končetin nebo poruchy spánku.

Funkční bolest břicha je termín používaný pro situace, kdy nejsou naplněna diagnostická kritéria pro funkční dyspepsii nebo dráždívý tračník. Bolest je většinou lokalizována do okolí pupku. Může dítěti bránit v usnutí, ale nebudí ho. Některé z těchto dětí mají sklon k perfekcionismu, jiné mají nerozpoznané problémy s učením ve škole. Často mají pacienti, ale i rodiče přehnaně velké poža-

davky na školní výkon nebo mimoškolní aktivity. Pro funkční bolest břicha je charakteristická trvalá nebo téměř trvalá bolest břicha ve školním nebo adolescentním věku, žádná nebo jen příležitostná úleva v souvislosti s fyziologickými funkcemi, jako je jídlo, menstruace, defekace. Potíže jsou provázeny mírným omezením aktivity dítěte a nejsou smyšlené.

Dráždívý tračník

(Symptomy musí být přítomny nejméně 1 × týdně po dobu 2 měsíců před diagnózou).

Pro diagnózu musí být splněno:

1. Abdominální diskomfort (nikoliv bolest), který má nejméně dva z uvedených doprovodných symptomů, které se vyskytují jen „někdy“, což znamená nejméně v 25 % času:
 - a) úleva po defekaci,
 - b) začátek je spojen se změnou frekvence stolic a/nebo,
 - c) začátek je spojen se změnou charakteru stolic (jejich vzhledem),
2. Není prokazatelné zánětlivé, metabolické nebo nádorové onemocnění, nejsou přítomny anatomické změny, které by vysvětlovaly udávané potíže.

Dráždívý tračník je častější u adolescentních pacientů a je pro něj charakteristické střídání zácpy a průjmu, bolesti břicha, které ustupují s defekací, bolesti břicha spojené se změnou charakteru nebo počtu stolic, hlen ve stolici, urgence, pocit nedokonalého vyprázdnění, nadýmání. Podobně jako u dospělých pacientů lze dráždívý tračník ještě dále rozdělit na dráždívý tračník s převahou zácpy, s převahou průjmových stolic nebo s variabilní symptomatologií.

Břišní migréna

(Symptomy musí být přítomny nejméně 1 × týdně po dobu 2 měsíců před diagnózou).

Pro diagnózu musí být splněno:

1. Paroxysmální epizody intenzivní, akutní periumbilikální bolesti, které trvají nejméně jednu hodinu nebo déle.
2. Období bez potíží, které trvá týdny až měsíce.
3. Bolest brání normální aktivitě.
4. Bolest je spojena s dvěma nebo více následujícími symptomy: anorexie, nauzea, zvracení, bolest hlavy, světlolachost, bledost.
5. Není prokazatelné zánětlivé, metabolické nebo nádorové onemocnění, nejsou přítomny anatomické změny, které by vysvětlovaly symptomy.

Podpůrná kritéria jsou pozitivní rodinná anamnéza a anamnéza kinetózy.

Vyšetření

Úkolem lékaře je vyloučit organické onemocnění. Dítě s funkčními bolestmi břicha dobře prospívá, má typické výše popsané potíže a má normální laboratorní a pomocná vyšetření včetně orientačního vyšetření břicha pomocí ultrazvuku. Pokud jsou splněny tyto podmínky, lze stanovit diagnózu a uklidnit rodiče tím, že se nejedná o organické onemocnění. V případě, že potíže dítěte jsou jiného charakteru nebo v provedených vyšetřeních je zjištěn nález, který se odchyluje od normy, nelze již hovořit o funkčních bolestech břicha. V takovém případě je třeba provést další doplňující vyšetření, pomocí kterých je stanovena diagnóza.

Ve vhodném věku je nejlépe anamnézu získávat od dítěte se snahou o co nejlepší popis jeho potíží, které nejsou zatíženy odbornou terminologií. Anamnéza má být zaměřena na délku trvání bolesti, četnost bolesti, jejich lokalizaci a trvání, spojitost s jídlem a probouzením v noci. Další symptomy, jako je zvracení, průjem a zácpa, mohou pomoci ve směřování jednotlivých vyšetření. Důležité jsou také otázky zaměřené na systémové symptomy, jako jsou teplota, bolest a otoky kloubů, aftózní ulcerace, kožní exantémy, bolest hlavy, bledost, pocení a závratě.

Existuje několik varovných anamnestických dat a symptomů, které svědčí pro organický původ recidivujících bolestí břicha. Je to především velmi dobře lokalizovaná bolest jinde než v okolí pupku, bolesti u dítěte, které je mladší než 4 roky, vyzařování bolesti, bolest probouzející pacienta v noci, ztráta hmotnosti nebo malé hmotnostní přírůstky, zástava nebo zpomalení růstu, opožděná puberta, bolest břicha spojená se zvracením, zvracením žluči, krve. Dále bolest břicha a průjem nebo zácpa, stolice s hlenem, s krví nebo pozitivní okultní krvácení a perianální onemocnění. Pro organický původ bolesti břicha svědčí i projevy systémového onemocnění, jako jsou recidivující teploty, artralgie, exantémy, chudokrevnost, popřípadě pozitivní údaj v rodinné anamnéze o vředové nemoci nebo chronickém idiopatickém střevním zánětu. Nedílnou součástí vyšetření je posouzení hmotnosti a výšky pacienta podle růstových grafů.

U pacientů s recidivujícími bolestmi břicha jsou doporučována tato laboratorní vyšetření:

1. **Krev:** kompletní KO, FW, CRP, urea, kreatinin, bilirubin, aminotransferázy, amyláza, glykemie, sérologické vyšetření na celiakii ((protilátky proti tkáňové transglutamináze nebo proti endomysiu), lipidy.

2. **Moč:** moč chemicky a močový sediment, screeningové vyšetření na porfyriny.
3. **Stolice:** okultní krvácení, parazitologické vyšetření, antigen *H. pylori* ve stolici (řada studií však neprokázala přímou souvislost mezi infekcí *H. pylori* a recidivujícími bolestmi břicha). Možnost malabsorpce laktózy lze orientačně zjistit především z anamnestických údajů a eliminačním testem s mlékem po dobu asi 2 týdnů. Použit lze i expoziční test s jednorázovým podáním mléka, po kterém se v intervalu několika málo hodin objeví bolesti břicha, meteorismus a případně průjemové stolice. Na druhé straně se však zdá, že není příčinné spojení chronických bolestí břicha s laktózovou intolerancí a je jen malá pravděpodobnost, že bezmléčná strava upraví potíže dítěte.
4. **Sonografie:** existují práce hodnotící přínos sonografického vyšetření břicha u dětí s recidivujícími bolestmi břicha. U dětí bez varovných symptomů byl patologický nález zjištěn u 1 %, u dětí s varovnými symptomy u 11 %. Na druhé straně negativní výsledek sonografického vyšetření u dítěte bez varovných symptomů má uklidňující efekt na pacienta a jeho rodiče.
5. **Gynekologické vyšetření:** gynekologické vyšetření u dívek je třeba zvážit podle věku a symptomů.
6. **Endoskopické vyšetření:** endoskopické vyšetření nepatří k iniciálním vyšetřením chronických bolestí břicha. Je indikováno při přítomnosti varovných symptomů a anamnestických dat uvedených výše, které mohou svědčit pro organické onemocnění. Nicméně provedení endoskopického vyšetření u pacientů s výraznými potížemi bez varovných symptomů, které je s negativním nálezem, může mít uklidňující efekt. Rozhodnutí o rozsahu vyšetření k vyloučení organického onemocnění by mělo být proto vždy individuální s přihlédnutím k charakteru hlavních symptomů dítěte, jejich míře a úzkostlivosti rodičů.

Léčba

Léčba funkčních bolestí břicha je často dlouhodobá a vyžaduje dobrou spolupráci s pacientem a s jeho rodiči. Základem léčby je pohovor s rodiči, je nutné zdůraznit, že se jedná o funkční bolesti břicha, že bolest je reálná a je způsobena motorickou aktivitou trávicího ústrojí při zvýšené vnímavosti nebo přecitlivělosti na normální i stresové podněty (psychosociální i tělesné). Nutné je ujištění, že současným vyšetřením nebylo prokázáno žádné organické onemocnění, že dítě

dobře prospívá a že bude dále sledováno. Je třeba zhodnotit provokující faktory, často upravit stravu a životosprávu, ovlivnit okolní prostředí. Rodiče musí podporovat dítě a nikoliv bolest. Rodiče je nutné upozornit, že při změně charakteru bolesti je třeba dítě znovu vyšetřit. Pravidelná návštěva školy je nutná. Někdy je vhodná pomoc psychologa, případně dětského psychiatra.

U dětí s projevy horní dyspepsie se doporučuje vyloučení všech jídel, která mohou zesilovat potíže, tj. kořeněná a tučná jídla, kofein, vyloučení nesteroidních protizánětlivých léků. U některých dětí s podezřením na nesnášenlivost mléčného cukru lze zkusit na dva týdny bezmléčnou stravu. Jídelníček zapisovaný po dobu 3–7 dnů může odhalit nepřiměřený příjem karbonovaných nápojů (fruktóza), škrobů (kukuřice, brambor, oves) nebo sorbitolu (cukrovinky). U dětí se sklonem k obstipaci lze zkusit dietu s vlákninou a upravit režim tak, aby se dítě častěji vyprazdňovalo.

U pacientů s abdominální migrénou se doporučuje vyloučit potencionální spouštěče, tj. jídla, která obsahují kofein. Nutné je omezit příležitosti k rozčilení, cestování, dlouhodobé hladovění, napravit porušený spánkový režim, vyloučit přerušované světlo.

U farmakologické léčby nebyla v minulosti prokázána její účinnost. Pokud léky podáváme, tak pouze na omezenou dobu 4–6 týdnů. Farmakologická léčba nese riziko „ujištění pacienta v nemoci“. Vhodná volba léků je do značné míry závislá na zkušenostech lékaře.

U dětí s projevy horní dyspepsie byly zkoušeny léky omezující žaludeční sekreci a prokinetika, avšak účinnost těchto léků nebyla prokázána kontrolovanými studiemi. U dětí s projevy horní dyspepsie je krátkodobé empirické podávání inhibitorů protonové pumpy akceptovatelné, pokud je bez efektu nebo se potíže vrátí po ukončení jejich podávání, je třeba dítě dále pečlivě vyšetřit. V současné době nejsou k dispozici žádná data, která by ospravedlňovala jejich dlouhodobé zkusmé podávání u dětí s rekurentními bolestmi břicha.

Peprmintový olej relaxuje hladkou svalovinu tím, že snižuje množství vápníku vstupujícího do buněk hladké svaloviny. Metaanalýza pěti randomizovaných studií u dospělých a jedna studie u dětí prokázaly účinnost peprmintového oleje podávaného v kapslích (Colperamin) v akutní fázi bolestí břicha. Děti s hmotností 30–45 kg dostávaly jednu kapsli (187 mg peprmintového oleje) třikrát denně, děti s hmotností větší než 45 kg dostávaly dvě kapsle třikrát denně. Podávání oleje v kapslích omezuje vedlejší účinky, jako je nauzea a pálení žáhy.

V terapii byla zkoušena i anticholinergika, jako je dicykloverin (dicyklomin) a hyoscyamin, která uvolňují hladkou svalovinu trávicího ústrojí. Jejich účinnost však nebyla prokázána kvalitními studiemi ani u dospělých ani u dětí. Při vyšších dávkách jejich podávání provází řada vedlejších nepříjemných účinků.

U dětí s funkčními bolestmi břicha byla zkoušena v menších dávkách též tricyklická antidepresiva. Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (antidepresiva III. generace) prodlužují účinek serotoninu na synapsích v mozku, používají se k léčbě depresivních i úzkostných stavů. Oproti antidepresivům předchozích generací mají vyšší snášenlivost a nižší toxicitu. V poslední době podávání citalopramu přineslo povzbudivé výsledky.

U pacientů s abdominální migrénou při častých potížích byl zkoušen pizotifen, cyprohepatidine nebo sumatriptan.

V posledních letech je kladen větší důraz na psychologickou léčbu, zkoušena byla i hypnóza.

Prognóza

U 30–50 % pacientů potíže mizí, u 30–50 % potíže trvají i v dospělosti (bolesti hlavy, menstruační potíže, bolesti v zádech). Horší prognóza je v bolestivé rodině, u chlapců a při začátku potíží před 6. rokem.

Literatura

1. Rasquin A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 45(Suppl. 2): 1160–1168.
2. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology 2006; 130: 1527–1537.
3. Di Lorenzo C, Colletti R, Lehmann HP, et al. Chronic Abdominal Pain In Children: A Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005; 40(3): 249–261.
4. Baber KF, Anderson J, Puzanovova M, et al. Rome II Versus Rome III Classification of Functional Gastrointestinal Disorders in Pediatric Chronic Abdominal Pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008; 47(3): 299–302.
5. Puzanovova M, Rudzinski E, Shirkey K, et al. Sex, Psychosocial Factors, and Reported Symptoms Influence Referral for Esophagogastroduodenoscopy and Biopsy Results in Children With Chronic Abdominal Pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008; 47(1): 54–60.
6. Little CH, Williams S, Puzanovova M, et al. Multiple Somatic Symptoms Linked to Positive Screen for Depression in Pediatric Patients With Chronic Abdominal Pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2007; 44(1): 58–62.
7. Yip WC, HO TF, Yip YY, et al. Value of abdominal sonography in the assessment of children with abdominal pain. J Clin Ultrasound 1998; 26: 397–400.

prof. MUDr. Jiří Nevala, CSc.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84, 150 06 Praha
jiri.nevala@seznam.cz