

KRONIČNA OPSTIPACIJA

Močić Pavić A¹, Jadrešin O¹, u ime Hrvatskog društva za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu

¹Referentni centar za dječju gastroenterologiju i prehranu,
Klinika za dječje bolesti Zagreb

Opstipacijom označavamo neredovitu defekaciju, prisutnost stolice velikog promjera i tvrdoće, te otežanu i bolnu defekaciju. To je česta pojava u dječjoj dobi, koja se tipično javlja u nekoliko razvojnih faza djeteta: u dojenčadi ukoliko prelaze s prehrane majčinim mlijekom na prehranu adaptiranim mliječnim pripravkom, u male djece tijekom stjecanja kontrole sfinktera (pritisak roditelja, toaletna fobija) i u školskoj dobi (izbjegavanje defekacije u školi).

Opstipacija je razlog gotovo 3% svih općih pedijatrijskih ambulantnih posjeta i do 25% posjeta pedijatrijskim gastroenterolozima. Europske su studije pokazale da je prevalencija opstipacije u djece u rasponu od 0,7 do 17,6%. U SAD-u 10% djece od 5 do 8 godina ima opstipaciju. Razlozi koji mogu dovesti do opstipacije su organski ili funkcijski. Iako nekoliko skupina organskih poremećaja može uzrokovati kroničnu opstipaciju, kod više od 90% djece riječ je o funkcijskoj opstipaciji. Dijagnoza funkcijske opstipacije ne postavlja se isključivanjem organskih bolesti, nego je to tzv. „pozitivna dijagnoza“ na osnovu anamneze i kliničkog nalaza, sukladno važećoj posljednjoj IV. reviziji Rimskih kriterija za funkcijske poremećaje probavnog sustava djece („Rome IV“). Kriteriji za dijagnozu funkcijske opstipacije kod dojenčadi, djece i adolescenata te rizični čimbenici za razvoj kronične opstipacije navedeni su u **Tablici 1 i 2**.

Upozoravajući simptomi i znakovi koji upućuju na mogući organski uzrok kronične opstipacije i nalažu dodatnu dijagnostičku obradu navedeni su u **Tablici 3**.

Liječenje kronične opstipacije sastoji se u provođenju dezimpakcije i kasnijoj terapiji održavanja.

Dezimpakcija ima za cilj u potpunosti evakuirati nagomilani feces iz rektuma i preduvjet je za daljnje uspješno provođenje terapije održavanja. U tu svrhu mogu se primijeniti visoke doze mineralnog ulja ili osmotskog laksativa polietilen glikola (PEG), tj. makrogola. Kad nije moguća peroralna terapija, preporuča se primjena čepića (glicerinskih u dojenčadi a bisakodila u veće djece), odnosno primjena klizmi fiziološke otopine i/ili mineralnog ulja u djece nakon dojenačke dobi. U vrlo rijetkim slučajevima potrebno je ručno evakuirati feces u anesteziji.

Terapija održavanja provodi se tijekom duljeg razdoblja, mjesecima ili godinama, u cilju uspostavljanja normalnih toaletnih navika i poboljšanja rektalne osjetljivosti. Osmotski laksativi (laktuloza i makrogol - PEG) imaju najbolji učinak i ne izazivaju navikavanje, a PEG je nešto prihvatljivijeg okusa za djecu i nešto je učinkovitiji od laktuloze. Dozu lijeka potrebno je prilagoditi konzistenciji stolica s ciljem redovne defekacije mekše formirane stolice. Podražajni laksativi (bisakodil, sena) nisu pogodni za dugotrajnu primjenu zbog mogućih

nuspojava (atonički kolon, hipokalijemija) i stjecanja navike, odnosno ovisnosti o lijeku, ali se mogu primjenjivati povremeno u cilju sprječavanja ponovne impakcije stolicom.

Usvajanje zdravih prehrambenih navika ključno je za dugoročni uspjeh terapije i postupno smanjivanje i ukidanje laksativa. Potrebno je poticati primjeren unos tekućine i vlakana u djece, a korisno je i *vođenje dnevnika*.

Modifikacija ponašanja bitan je element liječenja i sastoji se u redovnom svakodnevnom poticanju defekacije (toaletni trening), bez žurbe, po mogućnosti nakon većeg obroka kad su kontrakcije kolona fiziološki najjače zbog gastrokoličnog refleksa.

Dostupna terapija i preporučene doze lijekova za liječenje kronične opstipacije navedeni su u **Tablici 4**.

Kroničnu opstipaciju poželjno je liječiti na razini primarne zaštite. Dijete treba uputiti pedijatru-gastroenterologu ukoliko se na temelju anamneze i kliničkog nalaza sumnja u organski poremećaj ili ukoliko je liječenje neuspješno (neuspješna dezimpakcija ili poteškoće nakon uvođenja terapije održavanja).

Postupnik za evaluaciju i liječenje djece s funkcijskom opstipacijom prikazan je na **Slici 1**.

Drugi pojmovi vezani uz poremećaj defekacije:

Tvrdochorna opstipacija („intractable constipation“) definira se kao opstipacija koja traje bez poboljšanja usprkos optimalnoj, najmanje tromjesečnoj terapiji. U razmatranju ima li pacijent intraktabilnu opstipaciju, potrebno je pažljivo klinički procijeniti odgovor na liječenje nakon dezimpakcijske terapije i suradljivost bolesnika.

Fekalna inkontinencija označava ispuštanje stolice na neprimjerenom mjestu.

Organska fekalna inkontinencija posljedica je organskog poremećaja (upalnog, anatomskeg ili neurološkog poremećaja, neoplastičnog procesa).

Funkcijska fekalna inkontinencija poremećaj je bez jasnog organskog uzroka. Može biti pridružen kroničnoj opstipaciji kao nevoljni, nesvjesni „bijeg“ (ispuštanje) manje količine stolice zbog nagomilanog sadržaja u rektumu (*„preljevna ili overflow“ inkontinencija*), ili se javljati samostalno (*neretencijska fekalna inkontinencija*) u djece nakon navršene 4 godine života.

Fekalna impakcija označava prisutnost obilnih fekalnih masa u rektumu ili u proksimalnijim dijelovima kolona, za koje je malo vjerojatno spontano pražnjenje.

Disinergija mišića dna zdjelice je nemogućnost opuštanja mišića dna zdjelice prilikom pokušaja defekacije.

Tablica 1. „Rimski IV“ kriteriji za funkcijsku opstipaciju (prema ref. 2,3)

Dojenčad i djeca do navršene 4. godine:
Prisutnost barem dva od navedenih uvjeta tijekom 1 mjeseca:
1. stolica 2x tjedno ili rjeđe 2. anamneza zadržavanja stolice 3. anamneza bolne i/ili otežane defekacije 4. velika fekalna masa u rektumu
Kod djece koja su uspostavila kontrolu sfinktera mogu se koristiti sljedeći dodatni kriteriji:
6. najmanje 1 epizoda fekalne inkontinencije tjedno 7. stolica velikog promjera koja može začepiti toalet

Djeca starija od 4 godine
Prisutnost barem dva od navedenih uvjeta, najmanje jednom tjedno tijekom mjesec dana*
1. ≤ 2 defekacije u toalet tjedno kod djeteta u razvojnoj dobi od najmanje 4 godine 2. najmanje 1 epizoda fekalne inkontinencije tjedno 3. zauzimanje položaja s ciljem odgode/sprječavanja defekacije (manevri retencijskog držanja) ili prekomjerno voljno zadržavanje stolice 4. bolne i/ili otežane defekacije 5. velika fekalna masa u rektumu 6. stolica velikog promjera koja može začepiti toalet
*uz uvjet da se nakon odgovarajuće procjene simptomi ne mogu u potpunosti objasniti drugim medicinskim stanjem, a nema ni dodatnih kriterija neophodnih za dijagnozu sindroma iritabilnog crijeva.

Tablica 2. Rizični čimbenici za kroničnu opstipaciju:

Rizični čimbenici za kroničnu opstipaciju:
<ul style="list-style-type: none">- Muški spol- Neadekvatan san- Prekomjerna tjelesna masa- Dijetetski čimbenici: prehrana siromašna vlaknima, konzumacija veće količine brze hrane („junk food-a“), nedostatan unos tekućine, alergija na proteine kravljeg mlijeka, neredoviti obroci- Psihološki čimbenici: stres povezan uz školu, obiteljske odnose, zlostavljanje, anksioznost, depresija, poremećaj iz autističnog spektra- Socijalni čimbenici: loši socioekonomski uvjeti, izostanak obiteljskih obroka

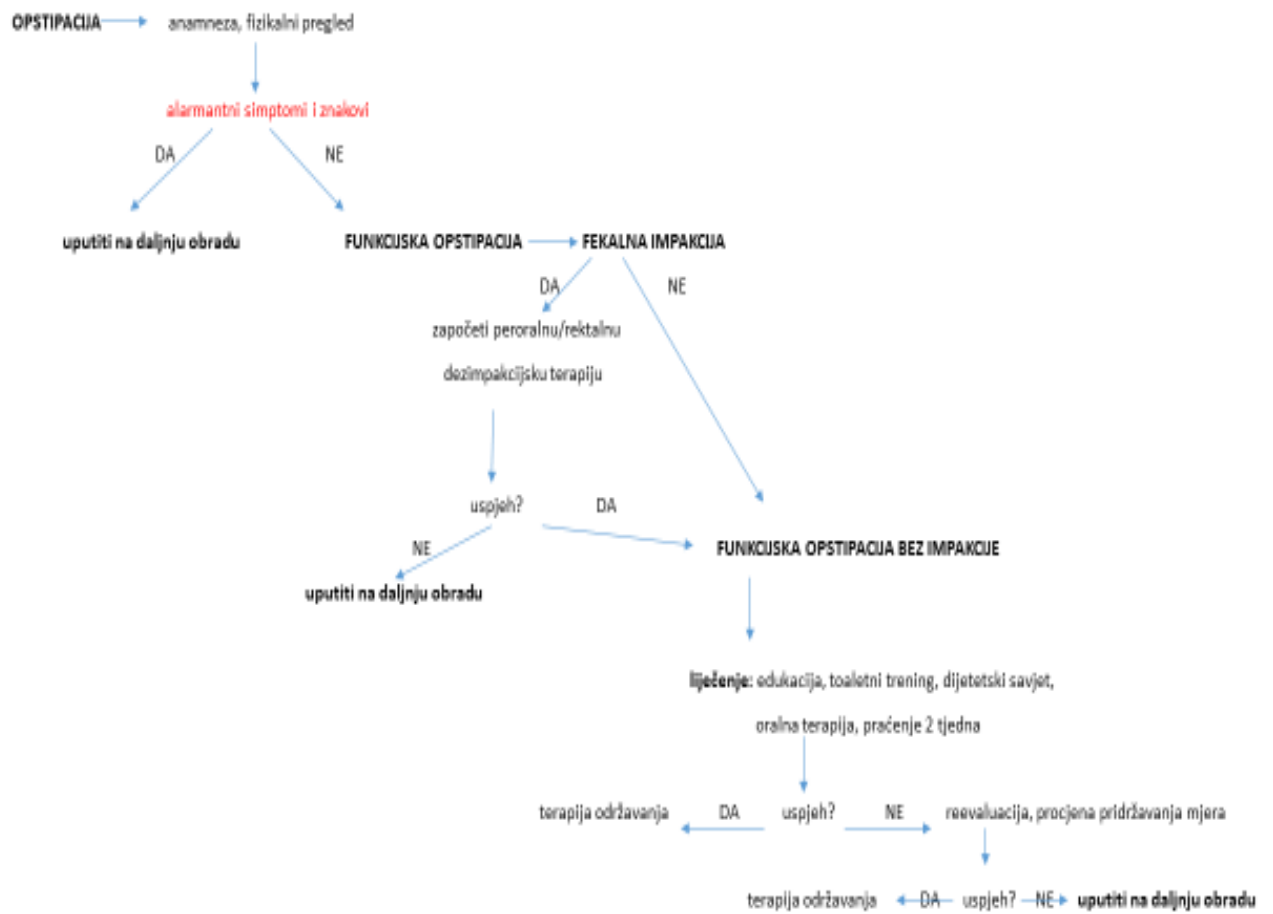
Tablica 3. Simptomi i znakovi upozorenja kod djeteta s kroničnom opstipacijom

Simptomi i znakovi upozorenja kod djeteta s kroničnom opstipacijom
<ul style="list-style-type: none">- Vrlo rani početak tegoba (prvi mjesec života)- Zakašnjela evakuacija mekonija (> 48 h)- Hirschsprungova bolest u obitelji- Stolica uskog kalibra- Krv u stolici bez analnih fisura- Nenapredovanje- Vrućica- povraćanje žuči- Izrazita abdominalna distenzija- Uvećana štitnjača- Perianalna fistula- Abnormalni položaj anusa- Odsutan analni ili kremasterni refleks- Oslabljen tonus/refleksi na donjim ekstremitetima- Čuperak dlake u sakralnoj regiji- Sakralna jamica- Devijacija glutealne brazde- Ekstremni strah tijekom inspekcije analne regije- Ožiljci analne regije

Tablica 4. Lijekovi za opstipaciju

OSMOTSKI LAKSATIVI	
Laktuloza	1–2 g/kg, 1-2x /dan
Polietilen glikol (PEG) 3350, makrogol	održavanje: 0.2–0.8 g/kg/dan dezimpakcija: 1–1.5 g/kg/dan (max 6 dana) III <12 godina pedijatrijski pripravci s oznakom junior >12 godina regularni pripravci < 1 god: 0.5 do 1 vrećice na dan 1-5 god: 1 vrećica 1.dan, povećati za 2 vrećice na dan do maksimalno 8 vrećica na dan 5-12 god: 4 vrećice 1.dan, povećavati za 2 vrećice na dan do maksimalno 12 vrećice na dan 12+ god: 4 vrećice na dan, povećavati za 2 vrećice na dan do maksimalno 12 vrećica na dan (max kroz 3 dana)
OMEKŠIVAČ STOLICE	
Mineralno ulje	1-18 god: 1-3 ml/kg/dan 1-2x/dan, max 90ml/dan
STIMULATIVNI (podražajni) LAKSATIVI	
Bisakodil	3-10 god: 5 mg/dan >10 god: 5-10 mg /dan
Sena	2–6 god: 2.5 – 5 mg 1-2x/dan 6-12 god: 7.5 – 10 mg /dan >12 god: 15-20 mg /dan
REKTALNI LAKSATIVI/KLIZME	
Glicerinski čepići ili mikroklizme	
Bisakodil	2-10 god: 5 mg /dan >10 god: 5-10 mg /dan
Klizme fiziološke otopine	novorođenče <1kg: 5 ml novorođenče >1kg: 10 ml >1 god: 6 ml/kg 1-2x dnevno
Klizme mineralnog ulja	>1 god: 6 ml/kg 1-2x/dan 2-11 god: 30-60 ml/dan >11 god: 60-150 ml/dan

Slika 1. – Postupnik za procjenu i liječenje kronične opstipacije kod djece



REFERENCE

1. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2011; 25:3-18
2. MA Benninga, S. Nurko, C. Faure, PE Hyman, IRoberts, and NL Schechter. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2016;150:1443–1455
3. JS Hyams, C Di Lorenzo, M Saps, RJ Shulman, A Staiano and M. van Tilburg. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology* 2016;150:1456–1468
4. Tabbers MM, Diloranzo C, Berger MY et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014 ;58(2):258-74
5. Tipnis NA, El-Chammas KI, Rudolph CD, et al. Do oro-anal transit markers predict which children would benefit from colonic manometry studies?. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:258-62
6. Borrelli O, Barbara G, Di Nardo G, Cremon C, Lucarelli S, Frediani T, Paganelli M, De Giorgio R, Stanghellini V, Cucchiara S. Neuroimmune interaction and anorectal motility in children with food allergy-related chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:454-63
7. Di Lorenzo C, Flores AF, Reddy SN, Hyman PE. Use of colonic manometry to differentiate causes of intractable constipation in children. *J Pediatr.* 1992;120:690-5
8. Borrelli O, Pescarin M, Saliakellis E, Tambucci R, Quitadamo P, Valitutti F, Rybak A, Lindley KJ, Thapar N. Sequential incremental doses of bisacodyl increase the diagnostic accuracy of colonic manometry. *Neurogastroenterol Motil.* 2016 Jun doi: 10.1111/nmo.12876
9. Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents.