

III klasyfikacja rzymska zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego okresu dziecięcego i młodzieńczego

The Rome III criteria of functional gastrointestinal disorders of children and adolescents

Józef Ryżko

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Rzeszowskiego w Rzeszowie

Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (2): 79–86

Słowa kluczowe: *III kryteria rzymskie*, zaburzenia czynnościowe u dzieci, okres dziecięcy, okres młodzieńczy.

Key words: Rome III criteria, gastrointestinal functional disorders, children, adolescents.

Adres do korespondencji: prof. dr hab. Józef Ryżko, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel. +48 22 815 73 84, faks +48 22 815 73 82

Streszczenie

III klasyfikacja rzymska z 2006 r. wyodrębniła wśród zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego grupę zaburzeń występujących u dzieci od 4. roku życia i młodzieży. Podobnie jak w *II klasyfikacji rzymskiej* zaburzenia uporządkowano wg dominujących objawów (wymioty, bóle brzucha, zaparcia stolca). W niniejszej pracy omówiono kryteria i zasady terapii zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego w tej grupie wiekowej. W odróżnieniu od *II klasyfikacji rzymskiej* skrócony został niezbędny przedział czasowy dla występowania dolegliwości z 3 do 2 mies. Nowym zaburzeniem jest zespół ruminalacji okresu młodzieńczego. Aerofagię zaliczono do jednej grupy z zespołami cechującymi się wymiotami, a w poprzedniej klasyfikacji należała do grupy z dominacją bólów brzucha, który to objaw rzadko występuje w tym zaburzeniu. Nie rozróżnia się obecnie różnych postaci dyspepsji czynnościowej. Z kolei z zespołu czynnościowego bólu brzucha wyodrębniono czynnościowy ból brzucha jako zaburzenie niespełniające kryteriów innych zespołów, w których dominują bóle brzucha. Z pewnością z czasem zostaną zweryfikowane kryteria tych zaburzeń, a kolejne klasyfikacje będą bardziej odpowiadały potrzebom klinicystów.

Doświadczenia kliniczne oraz nowe dane z piśmiennictwa poszerzające wiedzę dotyczącą zjawisk patologicznych w zaburzeniach czynnościowych oraz dyskusja w zespole pediatrycznym dokonującym rewizji *II kryteriów rzymskich* wpłynęła na dokonanie korekt w zakresie usystematyzowania tych zaburzeń oraz kryteriów ich rozpoznania. Dla tych grup wiekowych utrzymano w systematyce podobny klucz, jak w *II kryteriach rzymskich*, traktując jako punkt wyjścia najważniejszy objaw (wymioty, bóle

Abstract

The Rome III Classification in 2006 selected a group of functional intestinal disorders in children over 4 years of age. As in the Rome II Classification the disorders were ordered according to the predominant symptom (vomiting, abdominal pain, constipation). The current paper describes the major criteria and therapeutic approach in intestinal functional disorders in this age group. Contrary to the Rome II Classification the minimal time interval required for making a diagnosis was shortened from 3 months to 2 months. A new disorder is rumination syndrome of youth. Aerophagia was combined with other diseases presenting with vomiting to form one group of disorders, whereas in the former classification it belonged to the group of diseases with predominant abdominal pain, which seems to be a rare symptom in this disorder. Functional dyspepsia is not divided into different forms in the current classification. Functional abdominal pain was separated from the functional abdominal pain syndrome as an independent disorder which does not fulfil the criteria of other disorders with the predominance of abdominal pain. The current criteria will undergo further reassessment and the future classifications will fit the expectations of clinicians even better.

brzucha, zaparcia stolca). W podejściu diagnostycznym dokonano korekty wymaganego czasu utrzymywania się dolegliwości z 3 do 2 mies. (z wyjątkiem cyklicznych wymiotów i migreny brzusznej, w których kryteria są odmienne). Pozwoli to na szybsze ustalenie rozpoznania i wcześniejsze włączenie leczenia. Komisja stała na stanowisku, że 2-miesięczne trwanie wystarczająco odzwierciedla obraz kliniczny poszczególnych zaburzeń, a szybsze włączenie leczenia zwiększa jego efektywność [1, 2].

Ze względu na możliwość współistnienia z zaburzeniami czynnościowymi choroby organicznej przyjęto, że określenie *brak choroby* dotyczy zespołu objawów związanych z konkretnym zaburzeniem czynnościowym. Okres bezobjawowy można traktować jako powrót do stanu sprzed wystąpienia objawów analizowanego zaburzenia czynnościowego [3].

Tabela I. Kryteria diagnostyczne zespołu ruminacji okresu młodzieńczego [wg 2]

Table I. *Diagnostic criteria for adolescent rumination syndrome* [2]

Muszą być spełnione wszystkie poniższe warunki:
1) powtarzające się bezbolesne regurgitacje z przeżuciem kęsa i następnie połknięcie lub usunięciem na zewnątrz: <ol style="list-style-type: none"> początek ruminacji wkrótce po posiłku, objawy nie występują w czasie snu, brak reakcji na standardowe leczenie refluku żołądkowo-przetykowego,
2) nie występują wymioty,
3) nie ma oznak stanu zapalnego, nieprawidłowości anatomicznych, metabolicznych lub nowotworowych, które tłumaczyłyby objawy.
Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują co najmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

Tabela II. Kryteria diagnostyczne zespołu cyklicznych wymiotów [wg 2]

Table II. *Diagnostic criteria for cyclic vomiting syndrome* [2]

Muszą być spełnione oba poniższe warunki:
1) 2 lub więcej okresów nasilonych nudności i nieprzerwanych wymiotów utrzymujących się przez wiele godzin do kilku dni,
2) powrót do stanu wyjściowego, trwającego tygodnie lub miesiące.

Tabela III. Kryteria diagnostyczne aerofagii [wg 2]

Table III. *Diagnostic criteria for aerophagia* [2]

Muszą być spełnione przynajmniej 2 z 3 poniższych warunków:
1) potykanie powietrza,
2) rozdęcie brzucha z powodu nagromadzonego w jelitach powietrza,
3) nawracające odbijania i/lub zwiększone wydalenie gazów jelitowych.
Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują co najmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

H1. Wymioty i aerofagia

H1a. Zespół ruminacji u młodzieży

Zaburzenie to częściej występuje u niemowląt, zwłaszcza chłopców. Pojawia się ono także w okresie młodzieńczym, częściej u dziewcząt. Kryteria diagnostyczne zespołu ruminacji u młodzieży przedstawiono w tab. I.

Zamierzone, nawracające ruminacje z następowym ponownym połknięciem i/lub wypluciem, pojawiające się w ciągu kilku minut od rozpoczęcia posiłku, są charakterystycznym objawem zespołu. Takie zachowanie trwa ok. godziny i rzadko występuje w nocy. Objawami towarzyszącymi mogą być obniżenie współczynnika masy ciała (BMI), zaparcia stolca oraz nudności i biegunka [4].

W rozpoznaniu różnicowym należy wziąć pod uwagę: refluks żołądkowo-przetykowy, achalazję przetyku, gastroparę, bulimię i nieprawidłowości anatomiczne utrudniające pasaż przewodu pokarmowego.

W badaniu manometrycznym typową zmianą jest synchroniczna wsteczna fala „r” w zapisie z przetyku. Występuje u 40–67% młodzieży z ruminacją. Jednocześnie stwierdza się wzrost ciśnienia tłoczni brzusznej, a łagodne opóźnienie opróżniania żołądka pojawia się u 46% z nich [4, 5].

W ocenie psychologicznej ruminacja może odpowiadać zaburzeniom łaknienia u nastolatków. Zaburzenia psychologiczne, takie jak: depresja, stany lękowe, zachowania obsesyjno-kompulsywne, występują u 1/3 cierpiących na to zaburzenie [4].

Jeżeli nie pojawią się objawy niedożywienia, to za pomocą terapii behawioralnej poprawę uzyskuje się nawet u 85% chorych [4]. Przydatne może być zastosowanie postępowania wielospecjalistycznego. U części pacjentów poprawę może spowodować przyjmowanie trójcyklicznych antydepresantów. Przy znacznym ubytku masy ciała konieczne może być odżywianie przez zgłębnik założony poza odżywnik.

H1b. Zespół cyklicznych wymiotów

Kryteria diagnostyczne i sposób postępowania jest identyczny jak u małych dzieci. W tab. II przedstawiono kryteria diagnostyczne zespołu cyklicznych wymiotów.

H1c. Aerofagia

Przy zastosowaniu II kryteriów rzymskich aerofagię rozpoznawano u 1,3% dzieci w wieku 4–18 lat znajdujących się pod opieką klinik pediatrycznych [6]. Kryteria rozpoznania aerofagii przedstawiono w tab. III.

W poprzednich kryteriach aerofagia znajdowała się wśród zaburzeń cechujących się bólami brzucha, który to objaw rzadko był zgłaszany przez pacjentów, raczej dominowały wzdęcia brzucha i potykanie nadmiernej

ilości powietrza. Dlatego w obecnej klasyfikacji zaburzenie to przeniesiono do grupy określanej jako wymioty i aerofagia.

Potykanie powietrza przez dziecko często bywa niezauważane przez rodziców czy przez samego pacjenta. U dzieci obserwowano głośne potykanie, a także częste wydalanie gazów jelitowych. W wywiadzie wskazywano na częste żucie gumy, picie zwiększonej ilości płynów i napojów gazowanych. Zwiększone potykanie powietrza często wywołane jest przez strach i może towarzyszyć kryzys astmatycznej. Rano brzuch bywa zapadnięty, a jego rozdęcie narasta w ciągu dnia, by w nocy znowu ustąpić.

Ze względu na rozdęcie brzucha aerofagia mylona jest z zaburzeniami motoryki (np. rzekomą niedrożnością jelit) lub wchłaniania jelitowego. Prawidłowy wynik testu oddechowego pozwala na wykluczenie zaburzeń trawienia cukrów i zespołu rozrostu bakteryjnego.

Postępowanie terapeutyczne polega na wyjaśnieniu tła dolegliwości oraz uspokojeniu rodziców i dziecka. Terapeutyczne może okazać się zaprzestanie żucia gum i picia napojów gazowanych. Niekiedy konieczne jest postępowanie psychoterapeutyczne do usunięcia lęku.

H2. Zaburzenia czynnościowe u dzieci cechujące się głównie bólami brzucha

II kryteria rzymskie zawierały ściśle określone warunki wymagane do rozpoznania zespołu czynnościowego bólu brzucha. Część dzieci z czynnościowymi bólami brzucha spełniała te warunki tylko fragmentarycznie. Występuje duża zmienność obrazu klinicznego, dlatego w obecnej klasyfikacji zdecydowano się rozdzielić ten zespół na 2 odrębne zaburzenia – dziecięcy czynnościowy ból brzucha i zespół czynnościowego bólu brzucha, co ułatwi dokładniejsze zakwalifikowanie osób z czynnościowym bólem brzucha do jednego z 2 wyodrębnionych zaburzeń.

H2a. Dyspepsja czynnościowa

Częstość dyspepsji czynnościowej mieści się w granicach 3,5–27% w zależności od płci i kraju pochodzenia pacjentów [7, 8]. W tab. IV przedstawiono kryteria diagnostyczne dyspepsji czynnościowej.

Komitet opracowujący III kryteria rzymskie u dzieci wycofał się z konieczności wykonania endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego w celu ustalenia rozpoznania, wychodząc z założenia, że u dzieci zmiany zapalne błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego występują znacznie rzadziej niż u osób dorosłych. Zdecydował również o zrezygnowaniu z wyodrębniania postaci rzekomowrzodowej i z zaburzeniami motoryki ze względu na trudności małych dzieci w precyzyjnym wyrażeniu swoich dolegliwości (np. rozróżnienie między dyskomfortem a bólem). Wśród dzieci z bó-

Tabela IV. Kryteria diagnostyczne dyspepsji czynnościowej [wg 2]

Table IV. Diagnostic criteria for functional dyspepsia [2]

Muszą być spełnione wszystkie poniższe warunki:
1) ciągłe lub nawracające bóle, względnie dyskomfort o największym nasileniu w górnej części brzucha (powyżej pępka),
2) dolegliwości nie wykazują związku z wypróżnieniami czy ze zmianą wyglądu stolców (wykluczenie IBS),
3) nie ma cech stanu zapalnego, nieprawidłowości anatomicznych, metabolicznych lub procesów nowotworowych, które mogłyby tłumaczyć dolegliwości.
Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują co najmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

lami brzucha o charakterze dyspepsji czynnościowej wykazywano łagodne, przewlekłe zmiany zapalne błony śluzowej żołądka. Jak już udowodniono, dyspepsja czynnościowa może być następstwem procesu zapalnego, a powyższe zmiany nie powinny przeszkadzać w rozpoznaniu tego zaburzenia. Objawy dyspeptyczne mogą pojawić się po infekcji wirusowej.

Endoskopia jest wskazana natomiast w przypadkach dysfagii z dolegliwościami utrzymującymi się mimo podawania leków redukujących wydzielanie kwasu solnego albo u dzieci z nawracającymi objawami po zaprzestaniu stosowania tych leków, względnie przy podejrzeniu zakażeniem *Helicobacter pylori*.

W badaniach czynności motorycznej żołądka wykazano zaburzenie czynności mioelektrycznej żołądka i opóźnione jego opróżnianie. Szybkie opróżnianie żołądka przy wolnym pasażu przez jelito grube pojawiało się u dzieci ze współistniejącymi wzdęciami.

W leczeniu zaleca się unikanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz produktów żywnościowych mogących nasilić objawy (kawa, potrawy ciężkostrawne). Jeżeli dominującym objawem jest ból, to zaleca się leki hamujące wydzielanie kwasu solnego. Z kolei przy dominującym uczuciu dyskomfortu proponuje się prokinetyki, takie jak: metoklopramid, erytromycynę, domperidon czy cisaprid. Przy współistniejących problemach psychologicznych konieczna może być pomoc psychologiczna.

H2b. Zespół jelita nadpobudliwego

Zespół jelita nadpobudliwego (ang. *irritable bowel syndrome* – IBS) jest jednym z najczęstszych zaburzeń przewodu pokarmowego. Na Zachodzie zaburzenie to występuje u 15–20% populacji. Kryteria diagnostyczne IBS przedstawiono w tab. V.

W porównaniu do II kryteriów czas utrzymywania się dolegliwości skrócono z 3 do 2 mies. Objawami, które wskazują na IBS, są:

- a) nieprawidłowa częstość stolców 4 lub więcej dziennie lub 2 lub mniej na tydzień,
- b) nieprawidłowy wygląd stolca (twarde lub luźne/wodniste),
- c) nieprawidłowy przebieg defekacji (zastój, nagła potrzeba defekacji, uczucie niepełnego wypróżnienia),
- d) obecność śluzu,
- e) wzdęcia lub uczucie rozdęcia brzucha.

Nadwrażliwość trzewna w IBS może wynikać z różnych przyczyn, takich jak: infekcje, zapalenia, alergia lub uraz, które mogą współistnieć z zaburzoną motoryką jelit. Czynnikiem usposabiającym są uwarunkowania genetyczne oraz wcześniej przebyte przeżycia stresujące.

U wielu pacjentów z IBS spotyka się objawy towarzyszące, takie jak: skurcze przełyku, dyspepsja, zapalenie guzków krwawniczych lub szczelina odbytu. Objawami towarzyszącymi spoza przewodu pokarmowego są:

- a) bóle głowy, migrena, uczucie zmęczenia, zaburzenia snu, uczucie szybkiego wyczerpywania się,
- b) zaburzenia miesiączkowania,
- c) pollakisuria, dysuria,
- d) bóle grzbietu,
- e) przyspieszenie czynności i kołatanie serca,
- f) uczucie klusek w gardle [9].

W ocenie psychologicznej występują: lęki, stany depresyjne, różne dolegliwości somatyczne u dziecka lub rodziców. Wyuczzone niekorzystne wzorce zachowań mogą być stymulowane przez otoczenie małego pacjenta.

W badaniu klinicznym zwraca uwagę fakt, że dolegliwości występują u dziecka, u którego nie stwierdzono odchyleń (uzasadniających ich występowanie) od normy w badaniu przedmiotowym, przy prawidłowym rozwoju fizycznym i braku objawów alarmowych. Ułatwieniem rozpoznania może okazać się wykazanie czynników wyzwalających i problemów socjalnych, które przyczyniłyby się do wystąpienia dolegliwości.

Tabela V. Kryteria diagnostyczne zespołu jelita nadpobudliwego (IBS) [wg 2]

Table V. Diagnostic criteria for irritable bowel syndrome (IBS) [2]

Muszą być spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) dyskomfort lub ból brzucha z towarzyszeniem co najmniej 2 z poniższych objawów przynajmniej w 25% czasu:

- a) ustępuje lub zmniejsza się po defekacji,
- b) początek łączy się ze zmianą częstości stolców,
- c) początek łączy się ze zmianą wyglądu stolców;

2) nie ma oznak stanu zapalnego, nieprawidłowości anatomicznych, metabolicznych lub procesów nowotworowych, które mogłyby tłumaczyć dolegliwości.

Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują co najmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

W IBS podczas badania manometrycznego odbytnicy spostrzega się, że pacjenci zgłaszają ból przy mniejszym wypełnieniu balonu niż osoby zdrowe. Ponadto wykazują oni przy tym prawidłową tolerancję na ból stymulowany w innych miejscach (poza jelitem).

Wytłumaczenie charakteru dolegliwości oraz uspokojenie dziecka i jego rodziców jest bardzo istotnym elementem terapii. W postępowaniu terapeutycznym dietę dostosowuje się do charakteru stolców.

Dużą pomocą w terapii jest uregulowanie trybu życia – niezbędny, chociaż trudno osiągalny warunek powodzenia leczenia. Ważną rolę odgrywa poprawa atmosfery domowej i unikanie rozwiązywania sytuacji konfliktowych w obecności dzieci. Korzystne może być zrezygnowanie z nadmiernego obciążenia dziecka zajęciami pozaszkolnymi. Niekiedy konieczna jest zmiana środowiska szkolnego (przeniesienie do innej klasy lub szkoły).

Farmakoterapia jest przez część autorów kwestionowana, ponieważ skuteczność placebo sięga 60%. Z leków zalecane były: olejek miętowy, trimebutyna, mebeveryna, alweryna, leki przeciwwzdęciowe (simekton, dimetikon), a przy stanach depresyjnych – trójcykliczne antydepresanty, także probiotyki. W celu poprawy konsystencji stolców i regulacji wypróżnień stolców w okresie występowania zaparcí stosuje się środki osmotycznie czynne, a przy pojawianiu się biegunek – loperamid.

H2c. Migrena brzuszna

Występuje pokrewieństwo migreny brzusznej, zespołu cyklicznych wymiotów oraz migrenowych bólów głowy, które mogą przechodzić z jednej postaci w drugą. Zaburzenie to występuje u 1–4% dzieci, z niewielką przewagą dziewczynek (3:2) i rozpoczyna się najczęściej w 7. roku życia z największym nasileniem dolegliwości w 10.–12. roku życia [10, 11].

Kryteria diagnostyczne migreny brzusznej przedstawiono w tab. VI. Potwierdzeniem rozpoznania jest wykazanie występowania migreny w rodzinie albo przebytej lub aktualnej choroby lokomocyjnej u pacjenta.

Eksperti są zgodni, że w celu rozpoznania migreny brzusznej wystarczą 2, a nie 3 epizody w ciągu roku. Minimalny czas jego trwania został skrócony z 2 do 1 godz. Ból określany jest jako silny, prowadzący do upośledzenia codziennej aktywności dziecka.

Bólom towarzyszą zazwyczaj bladeść, wymioty, a niekiedy jądłowstręt psychiczny. W wywiadzie zwraca uwagę obecność objawów migreny w rodzinie oraz zwiększona podatność na chorobę lokomocyjną. Napad poprzedzony jest często zmianą usposobienia i aktywności fizycznej, bólami głowy, wymiotami i sennością, a także nadwrażliwością na światło i dźwięki. Dolegliwości mają podobną do siebie kliniczną prezentację. Zwykle pojawiają się w nocy lub nad ranem. Ataki bólowe

utrzymują się od kilku godzin do kilku dni. Pod koniec ataku pojawia się senność, a po okresie snu dolegliwości ustępują. Między atakami pacjenci czują się dobrze i nie zgłaszają skarg bólowych [12]. U dzieci tych nie stwierdza się strukturalnych czy biochemicznych cech choroby przewodu pokarmowego, ośrodkowego układu nerwowego czy zaburzeń metabolicznych.

W różnicowaniu wymienia się inne przyczyny napadów silnych bólów brzucha (niedokonany zwrot krezki, nawracające zapalenie trzustki, choroby dróg żółciowych, nawracające stany wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, gorączka śródziemnomorska, choroby metaboliczne). Potwierdzeniem rozpoznania migreny brzusznej może okazać się dobra odpowiedź kliniczna na leki przeciwmigrenowe.

W postępowaniu leczniczym zaleca się unikanie czynników wyzwalających dolegliwości (produktów zawierających kofeinę, azotanów i aminów biogenych, takich jak: czekolada, kakao, kofeina, teina, sery, cytrusy, pomidory). Unikać należy: nadmiernych stanów emocjonalnych, wydłużonego głodzenia, zmian wzorca snu, ekspozycji na mrugające, intensywne światło i hałas. Jeżeli epizody występują często, w profilaktyce można zastosować pizotifen, propranolol, cyproheptadynę lub sumatryptan.

H2d. Czynnościowy ból brzucha u dzieci

Przy zastosowaniu II kryteriów rzymskich częstość występowania czynnościowego bólu brzucha u 4–18-latków zgłaszających się do klinik gastroenterologicznych wynosiła 0–7,5% [6, 13]. Wynikało to z bardzo restrykcyjnych kryteriów zastosowanych we wspomnianej klasyfikacji. Kryteria diagnostyczne czynnościowego bólu brzucha u dzieci oraz zespołu czynnościowego bólu brzucha u dzieci przedstawiono w tab. VII i VIII.

Wymaganie w poprzedniej klasyfikacji obecności stałego lub prawie stałego bólu zostało zmienione na podstawie obserwacji klinicznych wskazujących, że u dzieci okresowe bóle brzucha występują z podobną częstością, jak ból stały. Trudność polegała też na tym, że ból jest doznaniem subiektywnym. Z reguły występuje w okresie czuwania dziecka. Zmiany towarzyszące, takie jak: upośledzenie dziennej aktywności lub bóle głowy i kończyn czy zaburzenia snu, pozwalają na zakwalifikowanie dolegliwości jako zespołu czynnościowego bólu brzucha.

Ból pojawia się w sposób ciągły lub nawracający, najczęściej w okolicy pępka, nie ma określonego wzorca bólowego czy związku z przyjmowaniem pokarmu, defekacjami i krwawieniami miesięcznymi. Dolegliwości z reguły występują w dzień. Nie pojawia się symulacja bólu. U pacjenta wszystkie epizody bólowe są do siebie podobne. Nie obserwuje się dolegliwości typowych dla innych zespołów cechujących się bólami brzucha (nie-

Tabela VI. Kryteria diagnostyczne migreny brzusznej [wg 2]

Table VI. Diagnostic criteria for abdominal migraine [2]

Muszą być spełnione wszystkie poniższe warunki:
1) napadowe epizody intensywnych bólów w okolicy pępka trwających przynajmniej godzinę;
2) powrót do wyjściowego stanu zdrowia trwającego tygodnie lub miesiące;
3) ból z powodu intensywności zaburza normalną aktywność dziecka;
4) bólowi towarzyszą 2 z poniższych objawów: a) anoreksja, b) nudności, c) wymioty, d) bóle głowy, e) fotofobia, f) bladość;
5) nie ma oznak stanu zapalnego, nieprawidłowości anatomicznych, metabolicznych lub procesów nowotworowych, które mogłyby tłumaczyć dolegliwości.
Spełnieniem kryteriów jest wystąpienie 2 lub więcej epizodów w ciągu poprzedzających 12 mies.

Tabela VII. Kryteria diagnostyczne czynnościowego bólu brzucha u dzieci [wg 2]

Table VII. Diagnostic criteria for childhood functional abdominal pain [2]

Muszą być spełnione wszystkie poniższe warunki:
1) okresowy lub stały ból brzucha,
2) nie spełnia warunków do rozpoznania zespołu czynnościowego bólu brzucha,
3) nie ma oznak stanu zapalnego, nieprawidłowości anatomicznych, metabolicznych lub procesów nowotworowych, które mogłyby tłumaczyć powyższe objawy.
Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują co najmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

Tabela VIII. Kryteria diagnostyczne zespołu czynnościowego bólu brzucha u dzieci [wg 2]

Table VIII. Diagnostic criteria for childhood functional abdominal pain syndrome [2]

Czynnościowy ból brzucha musi trwać przez przynajmniej 25% czasu oraz musi wystąpić jeden z 2 poniższych warunków:
1) pewne upośledzenie dziennej aktywności,
2) dodatkowe objawy somatyczne, takie jak: bóle głowy, kończyn lub zaburzenia snu.
Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują co najmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

prawidłowych stolców, wymiotów itp.). Nie występują inne dolegliwości typowe dla innych zaburzeń czynnościowych. W zespole czynnościowego bólu brzucha pojawia się niewielkie upośledzenie dziennej aktywności dziecka. Bólowi towarzyszyć mogą: bóle i zawroty głowy, uczucie znużenia i wyczerpania, a także *bóle wzrostowe nóg* [14].

Zarówno w czynnościowych bólach brzucha, jak i w zespole czynnościowego bólu brzucha badania ograniczają się do wybranych analiz przesiewowych (morfologia krwi, OB lub białka C-reaktywnego – CRP, badanie ogólne i posiew moczu, biochemiczne wykładniki chorób wątroby i nerek, badanie kału w kierunku pasożytów, wodorowy test oddechowy w kierunku nietolerancji cukrów), które służą upewnieniu się lekarza i rodziców odnośnie do czynnościowego charakteru bólów brzucha.

W odróżnieniu od IBS nie wykazano nadwrażliwości *rectum* na rozciąganie. Nie wyklucza to nadwrażliwości trzewnej w bardziej dogłównych odcinkach przewodu pokarmowego. Lokalizacja bólów również w innych częściach ciała może wskazywać na obniżenie progu bólu u tych dzieci.

Zarówno u dzieci z czynnościowym bólem brzucha, jak i zespołem czynnościowego bólu brzucha występują: stany lękowe, depresyjne i somatyzacja.

W postępowaniu różnicowym obok innych zaburzeń czynnościowych przebiegających z bólami brzucha należy brać pod uwagę choroby organiczne, takie jak: celiakia lub choroba Leśniowskiego-Crohna, a także choroby infekcyjne, np. yersiniozę.

Ważnym elementem postępowania jest wyjaśnienie natury dolegliwości oraz uspokojenie dziecka i jego rodziców. Konieczne okazuje się wyłączenie czynników wyzwalających napady bólowe. Pomoc może przynieść opieka psychologiczna i wyuczenie sposobów radzenia sobie z bólem. W stanach obniżonego nastroju korzyst-

ne mogą być trójcykliczne antydepresanty. Inne leki, które mogą być przydatne, to trimebutyna i mebeweryna. Niedawno przeprowadzona otwarta próba kliniczna z citalopramem u dzieci z czynnościowym bólem brzucha dała obiecujące rezultaty [15].

H3. Zaparcia i nietrzymanie stolca

Definicja zaparc jest podobna jak u dzieci młodszych.

H3a. Zaparcia czynnościowe

Określenie *zaparcia czynnościowe* odnosi się do wszystkich zaparc niemających etiologii organicznej. Ze względu na częste nakładanie się zaparc czynnościowych i czynnościowej retencji kału, zaburzenia te zostały połączone w jedno pod nazwą *zaparcia czynnościowe*.

Częstość zaparc w opiece podstawowej mieści się w granicach 0,3–8%. W opiece gastroenterologicznej odsetek ten wzrasta do 25%. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku zaparc występuje u 28–50%, częściej u bliźniąt jednojajowych niż dwujajowych. Najczęściej pojawia się w okresie ćwiczeń korzystania z toalety (między 2.–4. rokiem życia), częściej u chłopców [16]. Kryteria diagnostyczne w tym zakresie przedstawiono w tab. IX.

Skrócenie minimum wymaganego czasu występowania dolegliwości z 3 do 2 mies. jest oparte zarówno na doświadczeniach klinicznych, jak i danych z piśmiennictwa sugerujących, że dłużej trwające zaparcia czynnościowe stają się trudniejsze do leczenia. Loening-Baucke wykazała, że leczenie małych dzieci (poniżej 4. roku życia) z zaparciami jest skuteczniejsze, gdy rozpoczęto je przed ukończeniem przez dziecko 2. roku życia, u dzieci z krótszym utrzymywaniem się objawów [17]. Wcześniejsze kryteria diagnostyczne dla retencji kału kładły duży nacisk na postawę retencyjną, która była jednym z 2 kryteriów niezbędnych do rozpoznania choroby. Obecnie postawa retencyjna jest jednym z 6 kryteriów w diagnostyce zaparc i nie jest konieczna do rozpoznania. Obserwacje kliniczne wskazują, że zaparcia utrzymujące się przez dłuższy czas stymulują dziecko do unikania defekacji i zachowań retencyjnych. Czasami rodzice źle interpretują unikanie defekacji albo nie zwracają na dziecko należytej uwagi.

Nietrzymanie kału (niezależne od woli przedostawanie się kału na bieliznę) jest jedną z częstszych prezentacji czynnościowych zaparc i występowało nawet u 84% dzieci z zaparciami stolca [18]. Objaw ten jest przyczyną dużego zakłopotania i poczucia wstydu dla pacjenta i jego rodziny. Dlatego zarówno postawa retencyjna, jak i nietrzymanie kału włączono do kryteriów zaparc. Nietrzymanie kału może służyć monitorowaniu ciężkości zaparc i skuteczności leczenia. Bolesne wypróżnienia były i są uważane za główną przyczynę zachowań retencyjnych. Dużą ilość mas kałowych w *rectum* w II kryteriach

Tabela IX. Kryteria czynnościowe zaparc czynnościowych [wg 2]

Table IX. Diagnostic criteria for functional constipation [2]

Muszą być spełnione 2 lub więcej z poniższych warunków u dziecka w wieku przynajmniej 4 lat, nie spełniając przy tym kryteriów IBS:

- 1) 2 lub mniej wypróżnień w toalecie w tygodniu,
- 2) przynajmniej 1 epizod popuszczania stolca w tygodniu,
- 3) w wywiadzie postawa retencyjna lub świadome unikanie defekacji,
- 4) w wywiadzie bolesne wypróżnienia lub twarde stolce,
- 5) obecność dużych ilości mas kałowych w *rectum*,
- 6) w wywiadzie duża średnica stolca, który może zatkać toaletę.

Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują co najmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

rymskich stwierdzano u 98% dzieci z retencją kału [19]. Określenie szeroki stolec zatykający toaletę jest próbą obiektywizacji pojęcia dużych ilości mas kałowych.

W badaniu podmiotowym sumiennie zbiera się informacje na temat: pierwszego wypróżnienia, czasu pojawienia się problemów z defekacją, charakterystyki stolca (częstość wypróżnień, konsystencja, kaliber i objętość), pojawiania się objawów towarzyszących (ból przy wydalaniu mas kałowych, bóle brzucha, krew w stolcach lub na papierze, nietrzymanie kału, zachowanie retencyjne, problemy z oddawaniem moczu, zaburzenia neurologiczne). Nietrzymanie stolca może być brane za biegunkę. Podczas badania palpacyjnego brzucha można wyczuć masy kałowe. Dyskusyjna jest sprawa badania *per rectum*. Północnoamerykańskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia zaleca, aby badanie to było wykonane przynajmniej raz [20]. Badanie radiologiczne lub USG brzucha może być wykonane w celu określenia retencji kału u dzieci otyłych oraz broniących się przed badaniem palpacyjnym odbytnicy.

Patofizjologicznie czynnościowe zaparcia u dzieci najczęściej są wynikiem powtarzanego dążenia małego pacjenta do świadomego wstrzymania stolca. Postępujące nagromadzenie się mas kałowych prowadzi do zmęczenia mięśni dna miednicy i osłabienia funkcji zwieraczy odbytu.

W ocenie psychologicznej dzieci te mają niską samoocenę i postawę wycofującą się. Wykazują także strach przed ćwiczeniami wypróżnień.

Ważnym punktem leczenia jest rozmowa wyjaśniająca, która obniża poziom lęku u dziecka i jego rodziców. Wytworzeniu pozytywnego nastawienia może pomóc włączenie do leczenia makrogoli, np. polietylenoglikolu 3350 w dawce 1–1,5 g/kg dziennie lub laktulozy w dawce 15–50 ml, powodującej rozluźnienie stolców [2, 9]. Leki te z powodu zmiękczenia mas kałowych i następnie – zmniejszenia bólu podczas przechodzenia mas kałowych przez kanał odbytu, mogą być długo podawane i dają lepsze efekty niż środki drażniące, np. alkaloidy senesowe. Okresowo można podawać parafinę. Należy jednak pamiętać, że przy dłuższym jej przyjmowaniu mogą pojawiać się objawy niedoborowe, ponieważ pokrywa również powierzchnię jelita cienkiego. Nagradzanie za skuteczne wypróżnienia jest dobrym sposobem motywacji dziecka i przyspiesza ustąpienie dolegliwości [2].

H3b. Nietretencyjne nietrzymanie kału

Nieretencyjne nietrzymanie kału cechuje powtarzane, nieodpowiednie wydalanie stolca do innego miejsca niż toaleta u dziecka w wieku powyżej 4 lat, bez cech retencji kału. Częstość tego zaburzenia w Holandii oceniono na 4,1% u dzieci w wieku 5–6 lat i 1,6% w wieku

Tabela X. Kryteria diagnostyczne nieretencyjnego nietrzymania stolca [wg 2]

Table X. Diagnostic criteria for non-retentive faecal incontinence [2]

Muszą wystąpić wszystkie poniższe warunki u dziecka w wieku przynajmniej 4 lat:

1) defekacje do miejsc nieodpowiednich w rozumieniu socjalnym przynajmniej raz w miesiącu,

2) nie ma oznak stanu zapalnego, nieprawidłowości anatomicznych, metabolicznych lub procesów nowotworowych, które mogłyby wyjaśnić powyższe objawy,

3) nie ma cech retencji kału.

Kryteria są spełnione, gdy dolegliwości występują przynajmniej raz w tygodniu przez przynajmniej 2 mies.

11–12 lat i była wyższa u chłopców niż dziewcząt oraz u dzieci pochodzących z rodzin o niskim statusie socjalnym [21]. Kryteria diagnostyczne nieretencyjnego nietrzymania kału przedstawiono w tab. X.

Objawy zaburzenia najczęściej występują u większości dzieci w czasie godzin czuwania. Brudzenie może następować od małych objętościowo aż do dużych, odpowiadających normalnemu wypróżnieniu, mas kałowych. W badaniu fizykalnym, USG lub radiologicznym nie stwierdza się zalegania kału w odbytnicy i esicy.

W ocenie psychologicznej wykazywano, że impulsem do popuszczenia była nieświadoma złość, a brudzenie jest formą manifestacji tej emocji, podobnie jak: niechlujność, nonszalancja lub lekceważenie innych osób. Stan ten określano jako formę bierno-agresywnej relacji z obojgiem lub jednym z rodziców dziecka [22].

W procesie diagnostycznym istotne są dane negatywne dotyczące występowania zaparć stolca u dziecka.

W leczeniu rozmowa wyjaśniająca i zalecenie regularnego używania toalety mogą być wystarczające. Wiele z tych dzieci wymaga opieki psychologiczno-psychiatrycznej.

Podsumowanie

Przedstawiona klasyfikacja po kilku latach weryfikacji w praktyce może ulec dalszym modyfikacjom. Być może dotychczas zostaną inne zespoły, takie jak zaburzenia czynności dróg żółciowych i zwieracza Odiego, pominięte zarówno w II, jak i III kryteriach rzymskich.

W opracowaniu tym omówiono kryteria diagnostyczne oraz klinikę zaburzeń. Ze względu na ograniczone ramy objętościowe artykułu pominięto w nim zagadnienie etiopatogenezy zaburzeń. Przedstawione 2 części opracowania mają ułatwić klinicyście poruszanie się w procesie diagnostycznym zaburzeń czynnościowych, należących do najczęstszych przyczyn poszukiwania pomocy pediatrycznej.

Piśmiennictwo

1. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA i wsp. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006; 130: 1519-26.
2. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D i wsp. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527-37.
3. Veereman-Wauters G. The quest for light in the misty frontierland of pediatric functional gastrointestinal disorders: act II Rome Criteria III. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2006; 43: 156-7.
4. Chial HJ, Camilieri M, Williams DE i wsp. Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment and prognosis. *Pediatrics* 2003; 111: 158-62.
5. Khan S, Hyman PE, Cocjin J i wsp. Rumination syndrome in adolescents. *J Pediatr* 2000; 136: 528-31.
6. Caplan A, Walker L, Rasquin A. Validation of the pediatric Rome II criteria for functional gastrointestinal disorders using the questionnaire on pediatric gastrointestinal symptoms. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2005; 41: 305-16.
7. Hyams JS, Davis P, Sylvester FA i wsp. Dyspepsia in children and adolescents: a prospective study. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 413-8.
8. De Giacomo C, Valdambri V, Lizzoli F i wsp. A population-based survey on gastrointestinal tract symptoms and *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents. *Helicobacter* 2002; 7: 356-63.
9. Ryżko J. Zaburzenia czynności jelita grubego. W: Zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego u dzieci i młodzieży. Ryżko J, Socha J (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
10. Mortimer MJ, Kay A, Jaron A. Clinical epidemiology of childhood abdominal migraine in an urban general practice. *Dev Med Child Neurol* 1993; 35: 243-8.
11. Abu-Arafah I, Russell G. Prevalence and clinical features of abdominal migraine compared with those of migraine headache. *Arch Dis Child* 1995; 72: 413-7.
12. Hyams JS. Chronic and recurrent abdominal pain. W: *Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders*. Hyman PE (red.). Acad Prof Inf Serv Inc, New York 1999.
13. Walker LS, Lipani TA, Greene JW i wsp. Recurrent abdominal pain: symptom subtypes based on the Rome II criteria for pediatric functional gastrointestinal disorders. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2004; 38: 187-91.
14. Ryżko J. Przewlekłe bóle brzucha u dzieci. *Ped Wsp Gastr Hep Żyw Dzieci* 2006; 8: 61-6.
15. Campo JV, Perel J, Lucas A i wsp. Citalopram treatment of pediatric recurrent abdominal pain and comorbid internalizing disorders: an exploratory study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1234-42.
16. Di Lorenzo C. Pediatric anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 269-87.
17. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment, and longterm follow-up. *Gut* 1993; 34: 1400-4.
18. Voskuijl WP, Heijmans J, Heijmans HS i wsp. Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: applicability in clinical and research practice. *J Pediatr* 2004; 145: 213-7.
19. Loening-Baucke V. Functional fecal retention with encopresis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 38: 79-84.
20. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB i wsp. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Ped Gastroenterol Nutr* 1999; 29: 612-26.
21. van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA. The prevalence of encopresis in a multicultural population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 345-8.
22. Staiano A, Ciarla C. Pelvic floor syndromes: infant dyschezia, functional fecal retention and nonretentive soiling. W: *Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders*. Hyman PE (red.). Acad Prof Inf Serv Inc, New York 1999.