

Zácpa (pediatrie)

Zácpa je definována jako obtížné vyprazdňování tuhé stolice v intervalu 3 a více dnů, často bývá provázena bolestivou defekací a enteroragií. Frekvence vyprazdňování stolic se liší podle věku dětí. Například plně kojené děti se vyprazdňují nepravidelně, mohou mít stolicí třeba i 1× za 10 dní nebo naopak několik stolic denně. Nejčastější příčiny zácpy se mění v závislosti na věku dítěte. Zácpa nemusí vždy znamenat organické postižení střev, ale může vzniknout i na psychogenním podkladě. Funkční zácpa je nejčastější příčina zácpy u dětí, zejména batolat a větších dětí.^[1]

V diferenciální diagnostice zácpy je důležitá podrobná anamnéza, fyzikální i laboratorní vyšetření. Důležitý je údaj o prvním odchodu smolky u novorozence po porodu. Je-li delší než 24–48 hodin, je velké podezření na organický podklad obtíží. U kojenců je dále důležité posoudit anální otvor, který má být umístěn v jedné třetině vzdálenosti mezi okrajem velkých stydkých pysků a kostrčí u dívek a v polovině vzdálenosti mezi skrotem a kostrčí u chlapců. Jeho posun směrem ventrálním může být příčinou zácpy v kojeneckém věku. Při vyšetření per rektum se posuzuje anální svěrač, jeho velikost a průchodnost.^[1]

Definice zácpy u dětí dle římských kritérií

Dvě z následujících kritérií:

- 2 a méně stolic za týden;
- 1 a více enkopres za týden;
- nadměrné/opakované zadržování stolice;
- bolestivá střevní peristaltika;
- četná skybala v oblasti rektu;
- opakovaně objemná stolice.^{[1][2][3]}

Organická zácpa

Anatomické příčiny

- anální stenóza, atrézie, píštěl, dysplazie anu, stenózy střeva (postnekrotizující enterokolitida), striktura anu.

Poruchy vývoje svalstva

- Prune Belly syndrom, gastroschisis, morbus Down, svalová dystrofie.

Poruchy vývoje nervové tkáně

- morbus Hirschsprung, viscerální myopatie nebo neuropatie, intersticiální 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 kravského mléka, cystická fibróza, nespecifické střevní záněty, nádory GIT.

Autoimunitní onemocnění

- SLE, JIA, sklerodermie.

Psychiatrická onemocnění

- bulimia nervosa, mentální anorexie.^{[1][4][5][6][7][3]}

Funkční zácpa

Funkční zácpa je nejčastější příčina zácpy u dětí. Není vyvolána organickým onemocněním. Vyskytuje se zejména u batolat a větších dětí. Většinou se projevuje akutními bolestmi břicha s poruchou odchodu stolice, které mohou být iniciovány dietní chybou nebo infektem. Tento akutní stav může rychle přejít do chronické zácpy.

Častou příčinou je vznik anální fisury, který způsobí bolesti při defekaci a následně bránění defekaci - dítě při nástupu defekace typicky podřepne, stáhne gluteální svaly, potí se. Po odeznění defekačního reflexu dochází k úlevě, ale hromadění stolice ve střevech vede k opakovaným bolestem břicha. Při fyzikálním vyšetření břicha jsou hmatná skybala. Při vyšetření per rektum je typické ochabnutí análního svěrače, hmatná skybala v anu a často po vyšetření následuje výrazný odchod stolice.

U funkční zácpy je důležitá včasná léčba, do které patří nácvik defekačního reflexu, včasné a časté vysazování dítěte na nočník, dietní opatření – zbytková strava, dostatečný přísun tekutin, omezení čokolády a cukrovinek, farmakologická léčba – změkčení stolice (macrogolum – polyetylenglykol; laktulóza; bisacodyl). Někdy je nutná spolupráce dětského psychologa.^[1]

Chronická habituální zácpa

Chronická habituální zácpa je charakterizována jako zadržování stolice při neúplném vyprázdnění a/nebo defekační obtíže při tvrdé stolici trvající déle než 3 měsíce. V dětství se vyskytuje často, u dvouletých dětí až v 16 %. Chlapci bývají postiženi 3× častěji než dívky. Třetina dětí s chronickou zácpou po 4. roce věku má enurézu.

Chronická zácpa se většinou vyvíjí jako následek nevyléčené akutní zácpy, která vzniká nejčastěji v důsledku změny denních rytů, prostředí či výživy, bolestivou defekací při poranění konečníku atp. Bolestivá defekace vede k následnému zadržování stolice s dalším ztvrdnutím objemných skybal, která při odchodu poškozují sliznici a tím vzniká *circulus vitiosus*. Intervaly mezi odchodem stolice mohou často být až 10 dnů. Při dlouhodobém zadržování stolice dochází k obtékání stolice a tím ke špinění stolicí. Chronickou habituální zácpu provází recidivující bolesti břicha, nadýmání, nechutenství a bolesti při defekaci. Příměs krve ve stolici bývá při přítomnosti slizničních trhlín.

Léčba spočívá nejprve ve vyprázdnění zadržené stolice a následně v nácviku pravidelné defekace. K ošetření análních fisur a ragád se používají masti. K vyprázdnění jsou často nutná opakovaná klyzmata. Někdy je vyprázdnění nutné provést v sedaci. Následuje nácvik defekačního reflexu, úprava jídelníčku (dostatek zbytkové stravy, dostatečný příjem tekutin), event. farmakologické změkčení stolice (polyetylenglykol, laktulóza, bisacodyl).^[8]

Prostá zácpa

- u kojenců a malých dětí vlivem oslabených neuromuskulárních mechanismů
- chybí pocit nutkání na stolicí, obvykle je to bez větších obtíží, při delším trvání pocit plnosti v břiše
- terapie – především dietní opatření
 - u kojenců – přidáním masa a vlákniny do jídelníčku, mléko je možné připravit do odvaru z ovesných vloček
 - dobré jsou zeleninové polévky, šťávy z pomerančů, jablek, meruněk, broskví
 - neomezovat přísun tekutin, masit stravu
 - pokud dietní opatření nepomohou, podáváme laktulózu (syntetický disacharid) – příjemná chuť, není návyková; příp. parafínový olej^[9]

Spastická zácpa

- bývá u starších dětí, obvykle je spojena s bolestmi břicha
- stolice malá, bobkovitá, někdy s hlenem
- bolest dělají spazmy a mimovolní kontrakce tračníku
- téměř vždy souvisí s emocionálními faktory a je považována za jednu z forem dráždivého tračníku^[9]

Psychogenní zácpa

- začíná obvykle ve třetí a čtvrtém roce života (v době nacvičování mechanismů defekace a kontinence)
- dochází k volní retenci – ať už potlačením potřeby pod vlivem dojmů z okolí či zaměstnaností dítěte
 - nebo chybami v nácviku udržování čistoty (když se nevyprázdní, tak je trestáno..., dítě pozná, když je jeho vyprazdňování středem zájmu celé rodiny, zácpa se zhoršuje, často je provázána umazáváním)
- když se to včas nepodchytí, zácpa se zhoršuje, při pokusech o vyprázdnění se může vytvořit bolestivá řitní ragáda a spasmus svěrače
- diagnóza – je nutné odlišit Hirschprungovu nemoc (je pro ni typické, že zácpy jsou už od narození, vzedmuté břicho a neprosívání)
 - u Hirschprunga se také málokdy hromadí stolice v rektu a tedy nedochází k umazávání
- terapie – je nutné vysvětlit rodičům situaci
 - cílem léčby je vyprázdnit rektum a udržet ho prázdné, udržet měkkou stolicí, pravidelné vyprazdňování (1× za 1–2 dny)
 - předpokladem úspěchu je vyprázdnění rekta – klysmatem nebo parafínovým olejem (není vhodné ho kombinovat s jinými projímadly)
 - strava s vysokým obsahem vlákniny
 - lokální léčba ragád v oblasti análního otvoru
 - bývá nutná pomoc psychologa^[9]

Odkazy

Související články

- Poruchy vyprazdňování střev

Reference

1. VOLF, Vladimír. Zácpa u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, vol. 5, s. 322-324, dostupné také z <www.pediatricpropraxi.cz>. ISSN 1213-0494.
2. Cavalho RS, Michail SK Ashai-Khan F, et al. An updated in pediatric gastroenterology and nutrition: a review of some recent advances. *Curr Prob Pediatr Adolesc Health Care* 2008; 38: 197-234.
3. Nelson textbook of Pediatrics, 19th Edition, Kliegman R, et al, Elsevier, 2011.
4. Hoffenberg EJ, Rothenberg SS, Bensard D. Outcome after exploratory laparoscopy for unexplained abdominal pain in childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 991-993.
5. Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practise. *J Pediatr* 1998; 133: 473.
6. Plánka L, Tůma J, Rak V, a kol. Výsledky elektivní laparoskopické apendektomie u nejasných bolestí břicha v pravém podbřišku. *Rozhl. Chir* 2006; 85: 7: 343-346.
7. Sartor RB. Cytokines in intestinal inflammation: Pathophysiological and clinical considerations. *Gastroenterology* 2000; 106: 533
8. MUNTAU, Ania Carolina. *Pediatric*. 4. vydání. Praha : Grada, 2009. s. 385. ISBN 978-80-247-2525-3.
9. BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 13.02.2010]. <http://jirben.wz.cz>.

Literatura

- HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC, et al. *Pediatric*. 1. vydání. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.
- ŠAŠINKA, Miroslav, Tibor ŠAGÁT a László KOVÁCS, et al. *Pediatric*. 2. vydání. Bratislava : Herba, 2007. ISBN 978-80-89171-49-1.