

ZANIM USTALISZ ROZPOZNANIE, ZINTERPRETUJ TO BADANIE

RADA NAUKOWA DZIAŁU



Dr n. med.
Anna Turska-Kmieć
(przewodnicząca)



Dr hab. n. med.
Teresa Jackowska



Dr hab. n. med.
Henryk Mazurek



Dr hab. n. med.
Magda Rutkowska

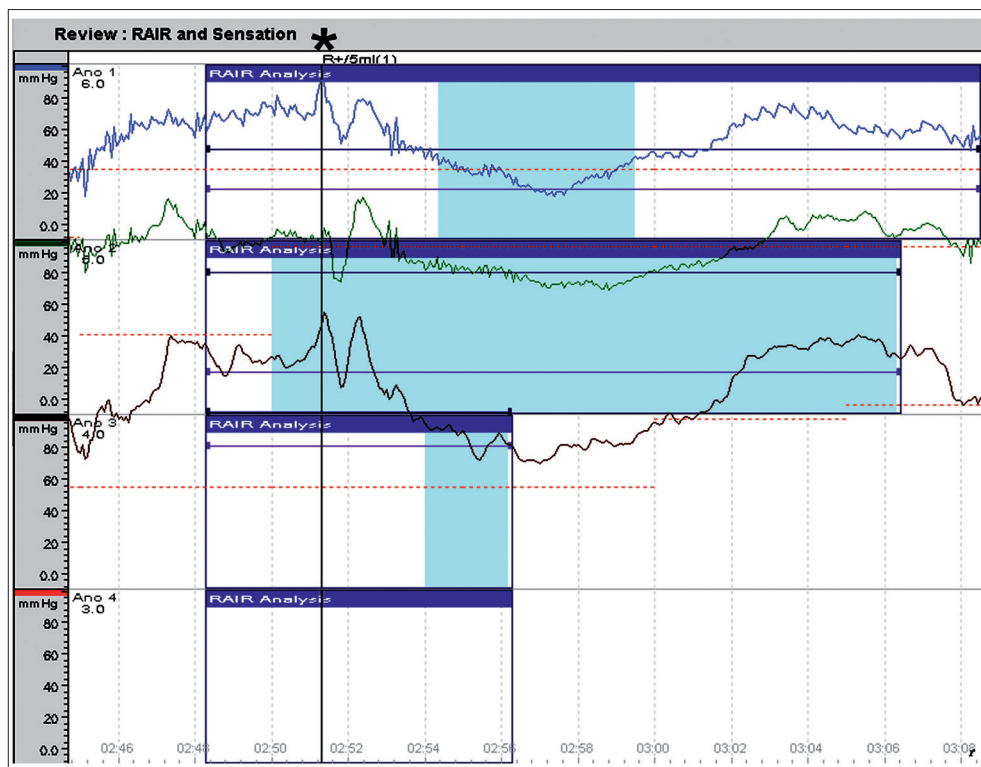


Dr hab. n. med.
Piotr Socha

Badanie manometryczne anorektalne u 4-miesięcznego niemowlęcia z zaburzeniami wypróżniania

Barbara Iwańczak,
Magdalena Reich

Zinterpretuj przedstawiony poniżej zapis manometryczny anorektalny u 4-miesięcznego niemowlęcia.



Zapis badania anorektalnego u 4-miesięcznego chłopca z zaburzeniami wypróżnień (widoczny jest zapis z 3 odprowadzeń sondy doodbytniczej): po podaniu 5 ml powietrza do balonu lateksowego umieszczonego w bańce odbytnicy niemowlęcia (moment podania oznaczono gwiazdką) zaobserwowano spadek ciśnienia w kanale odbytu o około 40 mm Hg.

II Katedra i Klinika Pediatrii,
Gastroenterologii i Żywienia
Akademii Medycznej
we Wrocławiu, 50-369 Wrocław,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 50/52
tel./faks 71 770-30-45, 71 770-30-46,
e-mail: barbara@iwanczak.com

Interpretacja

Badaniem manometrycznym anorektalnym wywołano prawidłowy odruch analno-rektalny przy objętości 5 ml.

Opis przypadku

Niemowlę płci męskiej, z ciąży pierwszej, rozwiązanej cięciem cesarskim w 37 tygodniu ciąży z powodu zagrażającej zamartwicy płodu, urodzone z masą ciała 3270 g, ocenione na 7 pkt w skali Apgar. Rodzice dziecka byli młodzi, zdrowi, a wywiad rodzinny nieobciążony chorobami. Okres noworodkowy powikłany był przedłużającą się hiperbilirubinemią, leczoną fototerapią. W 3 miesiącu życia u chłopca wystąpiły zaburzenia wypróżniania: niemowlę oddawało miękkie, papkowate lub półpłynne stolce co 2-3 dni, poprzedzone napadem płaczu, krzyku i zaczerwienienia twarzy, trwającym kilkanaście minut. Po oddaniu stolca niemowlę się uspokajało. W leczeniu stosowano wlewki doodbytnicze wodorofosforanu sodu (Rektanal®), laktulozę i trimebutynę, nie uzyskując poprawy. Dziecko rozwijało się prawidłowo, przez cały czas było karmione piersią.

W 4 miesiącu życia niemowlę zostało przyjęte do kliniki w celu pogłębienia diagnostyki zaburzeń wypróżnień. Przy przyjęciu stan ogólny dziecka był dobry, masa ciała wynosiła 6780 g, a długość 65 cm. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono odchyłeń od normy: ciemiączko duże 2x2 cm, brzuch miękki, niebolesny, natomiast podczas badania *per rectum* stwierdzono pustą bańkę odbytnicy. Wykonane podstawowe badania laboratoryjne, takie jak morfologia krwi, OB, CRP, jonogram surowicy, stężenie białka całkowitego, albumin, mocznika, kreatyniny, cholesterolu, bilirubiny i immunoglobulin IgG, IgM i IgA w surowicy, TSH oraz badanie ogólne moczu były prawidłowe. Wykazano natomiast niewielki wzrost aktywności transaminaz, fosfatazy zasadowej i gamma-glutamylotranspeptydazy, który wiązano z przedłużającą się żółtaczką i cholestazą wewnątrzwątrobową w wywiadzie. W celu zróżnicowania zaburzeń wypróżniania wykonano manometrię anorektalną, uzyskując prawidłowy odruch rektalno-analny przy objętości balonu 5 ml (rycina).

Na podstawie całości obrazu klinicznego (wieku dziecka, zaburzeń wypróżniania przebiegających z napadami płaczu, krzyku, zaczerwienieniem twarzy oraz badania manometrycznego odbytnicy) rozpoznano dyschezję niemowlęcą.

Dyschezja niemowlęca – omówienie, diagnostyka, postępowanie

Podstawowym badaniem w patologii oddawania stolca jest manometria odbytowo-prostnicza, która pozwala na ocenę pracy mięśni biorących udział w czynności zwieracza zewnętrznego odbytu, zwieracza wewnętrznego odbytu i mięśnia łonowo-odbytniczego. Możliwość badania rozluźniania zwieraczy i zmiany ciśnienia w prostnicy w czasie prób defekacji oraz w czasie kaszlu pozwalają na ocenę prawidłowości wypróżnienia. W warunkach

fizjologicznych obecność około 15 cm³ stolca w odbytnicy powinna pobudzić receptory rozciągania i nerwów w splotach śródściennych, co prowadzi do obniżenia napięcia spoczynkowego zwieracza wewnętrznego odbytu, jego rozluźnienia i przesunięcia stolca do zwieracza zewnętrznego odbytu. Wraz ze wzrostem ciśnienia w bańce odbytnicy dochodzi do rozwarcia kąta odbytniczodo-odbytowego przez rozkurcz mięśnia łonowo-odbytniczego, rozkurcza się mięsień zewnętrzny i wewnętrzny odbytu, umożliwiając ewakuację stolca.

Nieprawidłowa dynamika defekacji prowadzi do czynnościowych zaburzeń defekacji, w tym zapać czynnościowych. U dzieci z zaparciami czynnościowymi podczas parcia stwierdza się zwykle niższą amplitudę wzrostu ciśnienia w bańce odbytnicy, skurcz zewnętrznego zwieracza odbytu wyrażony wzrostem ciśnienia w kanale odbytu (zespół dyssynergii dna miednicy mniejszej). Brak rozluźnienia kanału odbytu w czasie defekacji powoduje ból, dziecko wstrzymuje oddawanie stolca, nagromadzenie mas kałowych w bańce odbytnicy i osłabienie zdolności do oddania stolca.^{1,2}

Czynnościowe zaburzenia wypróżniania wg starszych II Kryteriów rzymskich³⁻⁵ dzieli się na:

1. Trudności w oddawaniu stolca u niemowląt – tzw. dyschezja niemowląt
2. Zaparcia czynnościowe
3. Czynnościowe zatrzymanie stolca
4. Nieretencyjne nietrzymanie stolca, brudzenie bielizny niezwiązane z zatrzymaniem kału.

Z kolei według obecnie obowiązujących III Kryteriów rzymskich⁶⁻⁸ zaburzenia wypróżnienia u dzieci do lat 4 dzielimy na trudności w oddawaniu stolca (dyschezja niemowlęca) i zaparcia czynnościowe. U dzieci od 4 do 18 roku życia wyróżniamy zaparcia czynnościowe i czynnościowe nietrzymanie stolca (nieretencyjne nietrzymanie stolca, brudzenie kałem).

Dyschezja niemowlęca charakteryzuje się napadowym płaczem, krzykiem poprzedzającym defekację, który trwa od kilku do 20 minut, często pojawia się zaczerwienienie twarzy. Objawy ustępują wraz z oddaniem stolca. Stolce są miękkie, luźne, nieraz półpłynne, oddawane bez wysiłku. Dyschezja niemowlęca pojawia się w pierwszym kwartale życia i może utrzymywać się do 6 miesiąca życia. Zaburzenie wiąże się z niewykształceniem koordynacji mięśni brzucha zwiększających ciśnienie tłoczni brzusznych z jednoczesną relaksacją mięśni przepony miednicy mniejszej. W czasie płaczu dochodzi do wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej, które nie jest jeszcze skoordynowane z relaksacją przepony miednicy, co ułatwia defekację.

Postępowanie lecznicze polega na rozmowie z rodzicami i wyjaśnieniu przyczyn dolegliwości. Niemowlę z wiekiem będzie się uczyło skoordynowanego zwiększania ciśnienia w jamie brzusznej i rozluźniania mięśni przepony miednicy mniejszej w trakcie aktu defekacji. U dzieci z dyschezją niemowlęcą dolegliwości ustępują samoistnie i nie jest potrzebne podawanie leków rozkurczowych,

czopków doodbytniczych ułatwiających oddawanie stolca, laxantia czy lewatyw doodbytniczych.

W przypadku prezentowanego przez nas niemowlęcia wyjaśniono matce istotę choroby. Zaburzenia wypróżnień ustąpiły w 5 miesiącu życia. Niemowlę rozwija się prawidłowo.

Podsumowanie

Zaburzenia defekacji u dzieci są częstym problemem dla rodziców i lekarzy. Według opinii rodziców zaburzenia w oddawaniu stolca dotyczą około 34% dzieci w wieku przedszkolnym oraz około 37% dzieci poniżej 12 roku życia.⁹ U niemowląt i małych dzieci zaparcia czynnościowe często pojawiają się w okresie zmiany karmienia pokarmem matki na mleko humanizowane i wprowadzanie nowych pokarmów. U dzieci w wieku przedszkolnym problemy z defekacją pojawiają się wraz z nauką samodzielnej defekacji, następnie z sytuacją stresową w domu czy szkole i koniecznością korzystania ze wspólnych toalet.^{10,11} Zawsze jednak należy pamiętać, że podstawą do rozpoznania czynnościowych zaburzeń defekacji jest wykluczenie organicznych przyczyn obserwowanych dolegliwości, w tym choroby Hirschsprung.

W diagnostyce różnicowej pomocne jest badanie manometryczne odbytnicy, które pozwala na wykluczenie zaburzeń funkcjonowania układu mięśniowego odpo-

wiedzialnego za prawidłowy rytm defekacji. Należy podkreślić, że manometria odbytu jest badaniem mało inwazyjnym, tanim i może być cennym uzupełnieniem postępowania w przewlekłych zaparciach u dzieci.

Piśmiennictwo

1. Ryzko J, Socha J. Zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2004.
2. Reich M, Iwańczak B. Zaparcia u dzieci – przyczyny, diagnostyka i leczenie. *Adv Clin Exp Med*. 2007;16:443-456.
3. Drossman DA. The functional disorders and the Rome II process. *Gut*. 1999;45(suppl. II):1-5.
4. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiars S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999;44 (suppl. II):60-68.
5. Voskuijl WP, Heijmans J, Heijmans HSA, Taminiu AJM, Benninga MA. Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: applicability in clinical and research practice. *J Pediatr*. 2004;145:213-217.
6. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006;130:1377-1390.
7. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130:1519-1526.
8. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, Walker LS. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130:1527-1537.
9. Loening-Baucke V. Constipation in children. *N Engl J Med*. 1998;339:1155-1158.
10. Romańczuk W. Problem zaparcí czynnościowych u dzieci. *Magazyn Lekarza Rodzinnego*. 2004;9:46-55.
11. Rubin G, Dale A. Chronic constipation in children. *Br Med J*. 2006;333:1051-1055.