

GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA I ŻYWIENIE

## Podejście gastroenterologa dziecięcego do problemu przewlekłego bólu brzucha

**Źródło:** Schurman J, Hunter HL, Friesen CA. *Conceptualization and treatment of chronic abdominal pain in pediatric gastroenterology practice. J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;50(1): 32-37; doi:10.1097/MPG.0b013e3181ae3610

### PICO

**Pytanie:** *W jaki sposób przewlekły ból brzucha u dzieci jest postrzegany, diagnozowany i leczony przez gastroenterologów dziecięcych?*

**Rodzaj zagadnienia:** *Interwencja*

**Projekt badania:** *Ankieta przekrojowa*

Badacze z Children's Mercy Hospital w Kansas City oraz z University of Kansas w Lawrence w stanie Montana zbadali, w jaki sposób gastroenterolodzy dziecięcy postrzegają, diagnozują i leczą ból brzucha u dzieci. Dla celów tej pracy w 2006 roku przeprowadzono wśród wszystkich członków North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) – anonimową ankietę. Zawarto w niej pytania sformułowane identycznie jak w ankiecie rozesyłanej do tej samej grupy zawodowej w 1992 roku, czyli mniej więcej w tym czasie, kiedy opublikowano

pierwsze kryteria rzymskie, które były wyrazem czynionych wówczas wysiłków mających na celu opracowanie kryteriów diagnostycznych przewlekłego bólu brzucha opartych na symptomatologii klinicznej.<sup>1</sup> Badacze zamierzali ustalić, na ile opublikowanie kryteriów rzymskich zmieniło postępowanie medyczne w przypadku dzieci zgłaszających przewlekłe bóle brzucha. Przeanalizowano i porównano odpowiedzi pochodzące z obu ankiet.

Odpowiedź zwrotną otrzymano łącznie od 174 gastroenterologów, co stanowiło 22% wszystkich wysłanych ankiet. W porównaniu z wynikami sondażu z 1992 roku liczba dzieci skarżących się na ból brzucha konsultowanych w ciągu roku przez lekarzy gastroenterologów dziecięcych znacznie się zwiększyła. Zauważono jednak kilka zmian, jakie nastąpiły w diagnostyce, terapii oraz wynikach leczenia dzieci z tym objawem. Nie stwierdzono szczególnie istotnych zmian między badaniami z 1992 i 2006 roku pod względem szacunkowego odsetka dzieci zgłaszających bóle brzucha, w przypadku których lekarz uznał, że dolegliwości mają podłoże psychogenne, behawioralne lub związane z chorobą psychiczną. Znajomość kryteriów rzymskich była powszechna w przeciwieństwie

do ich wykorzystania w codziennej praktyce. W 2006 roku najczęstszym sposobem postępowania terapeutycznego u dzieci z bólem brzucha, u których nie stwierdzono żadnej przyczyny organicznej, było uspokojenie dziecka i rodziców (87%), skierowanie na konsultację do psychiatry (65%) oraz przepisanie trójpiersściennego leku przeciwdepresyjnego (62%). Autorzy artykułu uznali, że w ciągu minionych 15 lat propagowanie kryteriów rzymskich nie zmieniło istotnie praktyki klinicznej w zakresie diagnostyki i leczenia bólu brzucha u dzieci.

### Komentarz

**Debra Lobato, PhD**  
**Neala S. LeLeiko, MD, PhD, FAAP**

Warren Alpert School of Medicine, Brown/Hasbro Children's Hospital/Rhode Island Hospital, Providence, RI  
Doktorzy Lobato oraz LeLeiko deklaruje brak jakichkolwiek powiązań finansowych mogących wpłynąć na niniejszy artykuł. Komentarz nie omawia produktu/urządzenia dostępnego na rynku, niedopuszczonego do stosowania ani będącego przedmiotem badań.

Komisja ds. opracowania kryteriów rzymskich ogłosiła je w celu ułatwienia klinicznego rozpoznawania zaburzeń czynnościowych

przewodu pokarmowego (functional gastrointestinal disorder, FGID) już w początkowej fazie ich występowania oraz w celu opracowania podstaw naukowych umożliwiających poznanie mechanizmów psychopatologicznych dla uzyskania optymalnych wyników leczenia.<sup>1</sup>

W 1992 roku około 66%, natomiast w 2006 73% lekarzy uznało, że ból brzucha ma podłoże psychogenne, behawioralne lub związane z chorobą psychiczną. W 2006 roku uspokojenie dziecka i rodziców, skierowanie do psychiatry lub przepisanie trójpierścieniowego leku przeciwdepresyjnego stanowiło trzy główne strategie działania stosowane przez lekarzy, którzy odpowiedzieli na ankietę, natomiast tylko 5% lekarzy włączyło ocenę psychologiczną w zakres standardowej diagnostyki u znacznej części tych dzieci. Często wymieniane w publikacjach, ale rzadko stosowane w codziennej praktyce, kryteria rzymskie opracowano między innymi po to, aby lekarze mieli do dyspozycji narzędzie diagnostyczne pozwalające na ustalenie rozpoznania czynnościowego bólu brzucha nie na zasadzie wykluczenia, ale spełnienia określonych kryteriów (zatem niezbędne do ustalenia rozpoznania). Wydaje się, że zbyt wielu lekarzy zignorowało ten aspekt problemu.

Co stoi na przeszkodzie do pełnego przyjęcia modelu biopsychospołecznego w rozpoznawaniu zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego? Powinniśmy zacząć od podstawowego błędnego założenia, jakim kierują się lekarze, że zgłaszane bóle brzucha są albo rzeczywiste (tj. mają podłoże organiczne i wiążą się z konkretnym rozpoznaniem), albo czynno-

ściowe (tj. brakuje uchwytnych, obiektywnych dowodów jakichkolwiek nieprawidłowości). Bronienie tego podziału bólu brzucha na dwa typy wiąże się z jednoczesnym ignorowaniem empirycznych dowodów wynikających z leczenia bólu u chorych z dającymi się zidentyfikować chorobami organicznymi za pomocą technik behawioralnych (np. ćwiczenia relaksacyjne, biologiczne sprzężenie zwrotne [biofeedback]).<sup>2</sup> Ta dychotomia znajduje też swoje odzwierciedlenie w zachowaniach lekarza od pierwszego zetknięcia się z pacjentem (kiedy lekarz zleca badania laboratoryjne w celu wykluczenia etiologii organicznej, gdy tymczasem potencjalnie możliwe zmiany zachowania dziecka i rodziny pozostają niezauważone), przez wizyty kontrolne (gdy lekarz po poinformowaniu o prawidłowych wynikach badań laboratoryjnych zleca leczenie bólu technikami behawioralnymi i kieruje dziecko na konsultację do poradni psychiatrycznej). Ponieważ odnosimy wrażenie, że lekarze wstępną hipotezę dotyczącą prawdopodobieństwa czynnościowego charakteru zaburzeń przewodu pokarmowego definiują podczas pierwszej wizyty, uznanie już na początku postępowania medycznego, że pacjent może poradzić sobie z odpowiedzią bólową swojego ustroju, stanowiłoby krok wykonany we właściwym kierunku.

Postępowanie z dzieckiem zgłaszającym przewlekłe bóle brzucha może być trudne. Komisja ekspertów, składająca się z przedstawicieli AAP Subcommittee on Chronic Abdominal Pain i NASPGHAN Committee on Abdominal Pain, stwierdziła, że na podstawie dostępnych

dowodów naukowych nie można opracować wytycznych praktyki klinicznej dotyczących prowadzenia diagnostyki u tych dzieci.<sup>3</sup> Pozostają tylko indywidualne odczucia poszczególnych lekarzy, który ze sposobów postępowania byłby najlepszy. Poza tym należy wspomnieć o stałym problemie stygmatyzacji pacjentów w odniesieniu do sfery zdrowia psychicznego, co dotyczy pracowników ochrony zdrowia, samych pacjentów, a także ogółu społeczeństwa.

**Słowa kluczowe:** model biopsychospołeczny, nawracający ból brzucha, kryteria rzymskie

#### Piśmiennictwo

1. Drossman DA. *Neurogastroenterol Motil.* 2007;19:783-786.
2. American Pain Society. *Pediatric chronic pain: A position statement.* Available at: <http://www.ampainsoc.org/advocacy/pediatric.htm>. Accessed March 30, 2010.
3. Di Lorenzo C, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;245-248.

Artykuł ukazał się oryginalnie w AAP Grand Rounds, Vol. 23, No. 5, May 2010, p. 50: Pediatric Gastroenterologists' Approach to Chronic Abdominal Pain, wydawanym przez American Academy of Pediatrics (AAP). Polska wersja publikowana przez Medical Tribune Polska. AAP i Medical Tribune Polska nie ponoszą odpowiedzialności za nieścisłości lub błędy w treści artykułu, w tym wynikające z tłumaczenia z angielskiego na polski. Ponadto AAP i Medical Tribune Polska nie popierają stosowania ani nie ręcą (bezpośrednio lub pośrednio) za jakość ani skuteczność jakichkolwiek produktów lub usług zawartych w publikowanych materiałach reklamowych. Reklamodawca nie ma wpływu na treść publikowanego artykułu.