



Conf. Dr. Dumitru Matei

Tulburările gastro-intestinale ale copilului

– *Gastrointestinal disturbances in children* –

Conf. Dr. DUMITRU MATEI, Asist. Univ. Dr. ADELA IANCU,
Asist. Univ. Dr. RODICA MATEI

Catedra de Medicina Familiei, Universitatea de medicină și farmacie „Carol Davila”

ABSTRACT

This is the resume of Rome II Diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders (FGIDs) in infancy, childhood, and adolescence. The classification system selected differs from the one used in the adult population in that it is organized according to main complaints instead of being organ-targeted. Infant regurgitation, rumination, and cyclic vomiting constitute the vomiting disorders. Abdominal pain disorders are classified as: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome (IBS), functional abdominal pain, abdominal migraine, and aerophagia. Disorders of defecation include: infant dyschezia, functional constipation, functional fecal retention, and functional nonretentive fecal soiling. Some disorders, such as IBS and dyspepsia and functional abdominal pain, are exact replications of the adult criteria because there are enough data to confirm that they represent specific and similar disorders in pediatrics. Other disorders not included in the pediatric classification, such as functional biliary disorders, do occur in children; however, existing data are insufficient to warrant including them at the present time. For these disorders, it is suggested that, for the time being, clinicians refer to the criteria established for the adult population.

DEFINIȚIE

Se acceptă ca manifestările comune tuturor tulburărilor funcționale gastrointestinale sunt reprezentate de prezența, izolată sau asociată, a următoarelor semne și simptome: dureri abdominale, grețuri, vărsături, distensie abdominală, diaree, constipație, tulburări de tranzit sau defecație.

Aceste manifestări sunt considerate semne de suferință digestivă, atunci când devin persistente (au durată de cel puțin 12 săptămâni din ultimile

12 luni anterioare) și sunt suficient de severe ca să influențeze activitatea zilnică a unui individ.

De asemenea, este absolut obligatorie excluderea prin mijloace clinice și paraclinice a unei suferințe organice, care dezvoltă o simptomatologie asemănătoare.

Dacă, până recent, datorită cunoștințelor fiziopatologice limitate, diagnosticul de tulburare funcțională gastro-intestinală (TFGI) era unul de excludere a unei anomalii organice, astăzi aceste anomalii sunt cunoscute și cuantificate prin mijloace tehnice moderne, grație descoperirilor

care au avut loc în acest domeniu în ultima decadă.

Astfel, se cunoaște că, indiferent de tipul simptomelor, există un substrat fiziopatologic comun, care implică: alterarea motilității gastro-intestinale, creșterea sensibilității viscerale (hiperalgezia viscerală), disfuncții ale sistemului nervos central sau disfuncții ale interacțiunii dintre aceasta și sistemul nervos central.

În afară de cunoașterea substratului fiziopatologic, care stă la baza alterărilor funcționale gastrointestinale, este posibilă, astăzi cuantificarea acestor modificări prin tehnici moderne de investigație (tomografia cu emiterie de pozitron, rezonanță magnetică nucleară, monitorizarea activității electrice mioentrice, investigații moleculare care privesc mediatorii chimici și sistemului nervos central), precum și folosirea unor tehnici standardizate de diagnostic psihologic.

S-au depus eforturi, la nivel internațional pentru definirea și clasificarea TFGI, fiind recunoscute (prin consens internațional) peste 20 de afecțiuni, care sunt incluse în această categorie.

Noua concepție privind TFGI, separă aceste tulburări în funcție de segmentul gastro-intestinal predominant afectat, indiferent de substratul lui fiziopatologic.

Importanța separării simptomelor funcționale gastrointestinale pe segmente anatomiche are atât valoare clinică, cât și terapeutică. Astăzi, se încearcă o sistematizare a simptomelor gastrointestinale, după o schemă larg folosită și în alte domenii medicale (de ex., reumatologie, psihologie etc.).

Pornind de la această nouă sistematizare și grupare a simptomelor, în prezent este acceptată la adult existența a 6 grupe de tulburări funcționale gastrointestinale, notate de la A la F, în funcție de regiunea anatomică afectată.

Astfel, există: Tulburări funcționale esofagiene (A), gastroduodenale (B), intestinale (C), dureri abdominale (D), biliare (E), și anorectale (F).

În aceste categorii anatomiche, sunt incluse o serie de afecțiuni cu trăsături clinice specifice. Astfel în grupa C, care include tulburări funcționale intestinale, sunt prezente următoarele subgrupe: sindromul intestinal iritabil (C1), distensia abdominală funcțională (C2), constipația funcțională (C3) și diareea funcțională (C4).

Trebuie avut în vedere faptul că unele afecțiuni funcționale pot coexista cu afecțiuni organice (de ex., sindromul intestinal iritabil poate coexista cu o boală inflamatorie intestinală, sau dispepsia funcțională poate coexista cu o infecție concomitentă cu *Helicobacter pylori*).

De asemenea afecțiunile funcționale gastrointestinale ale adolescenților sunt strâns legate de

statusul hormonal, de modificările hormonale caracteristice acestei perioade de dezvoltare.

De asemenea, unele simptome pot fi prezente și în alte TFGI, de ex., simptome incluse la intestinul iritabil (C1), cum ar fi durerea abdominală, pot fi prezente și la dispepsia funcțională (B1), însă la categoria C1 durerea se asociază cu tulburări de tranzit (diaree sau constipație).

Grupul de lucru pediatric s-a întâlnit pentru prima dată la Roma în septembrie 1997, la șapte ani după publicarea primei clasificări a criteriilor de diagnostic privind tulburările funcționale gastrointestinale ale adultului.

Acest grup a fost de acord ca o parte din copii au un temperament caracterizat în parte printr-o reactivitate gastro-intestinală la stres, grefată pe o susceptibilitate genetică pentru TFGI.

Într-adevăr, temperamentul sensibil al copilului este sugerat de asocierea cu alte trei sisteme biologice: cardiovascular, neuroendocrin și imunologic. De asemenea, s-a convertit ca factorii de mediu joacă un rol important în dezvoltarea TFGI încă din viața timpurie.

Tulburările funcționale gastro-intestinale stabilite de grupul pediatric la Roma II sunt selectate la grupa G. Acestea sunt:

G Tulburări funcționale pediatrice

G1 Vărsăturile

- G1a Regurgitația infantilă
- G1b Sindromul de ruminație infantilă
- G1c Sindromul vărsăturilor ciclice
- G2 Durerile abdominale
- G2a Dispepsia funcțională
- G2b Sindromul intestinului iritabil
- G2c Durerile abdominale funcționale
- G2d Migrena abdominală
- G2e Aerofagia
- G3 Diareea funcțională
- G4 Tulburările de defecație
- G4a Dischezia infantilă
- G4b Constipația funcțională
- G4c Retenția fecală funcțională
- G4d Murdăria fecală non-retențională

G1 Vărsăturile

G1 a Regurgitarea infantilă

Regurgitarea infantilă este întâlnită cu o frecvență cuprinsă între 20-67% dintre copiii diagnosticați cu TGI, având vârsta medie de 3,8 luni +/- 3,3 luni, raportul băieți/fete fiind de 1,18.

Reprezintă eliminarea involuntară, precoce a unei mici cantități de alimente în gură sau în afară. Trebuie diferențiată de vărsatura care reprezintă un act reflex ce antrenează și musculatura scheletală și în care întreg conținutul gastric este eliminat.

Regurgitarea, vărsătura și rumația sunt manifestări ale refluxului gastro-esofagian, de pot genera: esofagita, apnee obstructivă, hiperreactivitatea bronșică, aspirație pulmonară sau scădere ponderală.

Criterii de diagnostic

1. Regurgitarea de două sau mai multe ori pe zi timp de trei sau mai multe săptămâni;
2. Nu există eructație, hematemeza, apnee, slăbire sau postura anormală;
3. Copilul trebuie să aibă vârsta între 1 și 12 luni și să fie sănătos;
4. Nu există evidența unor boli metabolice, gastrointestinale, SNC, care să explice simptomele.

Recomandări clinice și diagnostice

Prematuritatea, anomalii congenitale ale orofaringelui, toracelui, plămânilor, SNC sau tractului gastro-intestinal sunt considerați factori de risc pentru boala de reflux gastro-esofagian.

Afecțiunile sistemice asociate (ex. Alergia la lapte) pot fi suspectate când este prezentă eczema. Trebuie exclusă rapid și prompt posibilitatea unei anomalii neurologice.

Diagnosticul de RGE poate fi evocat în prezența: scăderii ponderale, hematemezei, microhemoragiilor oculte în scaun, anemii sau refuzul alimentației. Oricum, regurgitația cronică, sațietatea precoce, refuzul alimentației, plânsul excesiv ce conduc uneori la falimentul creșterii, pot fi consecința unui stress emoțional.

Tratament

Regurgitația copilului este considerată o problemă tranzitorie, posibil datorată în parte imaturității motilității gastro-intestinale, obiectivele tratamentului fiind de a preveni efectiv recurența și exacerbarea simptomelor.

Simptomele se ameliorează după poziționarea corectă, postprandială, formule asociate cu cereale, scăderea volumului meselor și folosirea unei medicații prokinetice cum ar fi Cisapridul.

G1b Sindromul de rumație infantilă

Rumația este o afecțiune rară, caracterizată prin regurgitarea voluntară, habituală a conținutului stomacal în gură pentru propria satisfacție.

Criterii de diagnostic

1. Sindromul de rumație infantilă este definit prin apariția în ultimile 3 luni a unor contracții stereotipice ale musculaturii abdominale, diafrag-

matice și ale limbii, culminând cu regurgitarea conținutului gastric în gură care fie este eliminat, fie este înghițit și prezintă trei sau mai multe din următoarele trăsături:

- a) Debut între 3 și 6 luni de viață;
- b) Lipsa răspunsului la tratamentul pentru RGE, la medicația anticolinergică, la modificarea compoziției formelor alimentare și la alimentația prin gavaj sau gastrostomie;
- c) Lipsa asocierii sau stressului;
- d) Nu apar în somn și nici când copilul este distras de persoanele din jur.

Recomandări diagnostice și clinice

Observația actului de rumație este tot ce este necesar pentru a pune diagnosticul, însă uneori acest lucru poate deveni dificil dacă copilul observă că este urmărit. Parinții chiar dacă nu-ți furnizează informații în mod spontan, totuși ei recunosc comportamentul stereotipic al copilului.

Copilul care ruminează nu poate reține suficienți nutrienți și poate dezvolta o malnutriție potențial letală. Plivarea emoțională și/sau emoțională caracterizează copilul cu rumație. Aceasta explică de ce boala este întâlnită în unități de terapie intensivă, ca și la copiii normali care sunt privați de afectivitatea maternă (mame prea distante).

Tratament

Eforturile de tratament se vor îndrepta direct asupra supravegherii cu atenție a fiecărui copil în parte. La copilul care ruminează relația cu cel care îl îngrijește trebuie să fie bazată pe „înveselire”.

Scopul tratamentului este să furnizeze un mediu confortabil, să modifice comportamentul matern, psihoterapie și satisfacerea nevoilor emoționale.

La copiii cu retard mental supravegherea permanentă de către un îngrijitor nu este suficientă, terapia comportamentală implică întărirea componentei pozitive, fiind necesară uneori o terapie mai agresivă.

G 1 c Sindromul vărsăturilor ciclice

Sindromul vărsăturilor ciclice se caracterizează prin prezența unor vărsături recurente survenind în episoade stereotipice asociate cu grețuri intense, ce durează ore sau zile, care sunt separate de intervale libere, copleț asimptomatice.

Frecvența medie a episoadelor este de 1-2 pe an (cu limite între 1-70), iar intervalul dintre episoade poate fi regulat sau sporadic.

Episoadele încep să înceapă în același moment al zilei, obișnuit în cursul nopții sau dimineața devreme.

Durata episoadelor trebuie să fie aceeași la fiecare pacientă (luni sau ani). Odată declanșate vărsăturile, acestea ating maximum de intensitate în timpul primelor ore.

Criterii de diagnostic

1. Existența > 3 luni a cel puțin trei episoade de vărsături incoercibile asociate cu grețuri intense, cu durata de ore sau zile, spațiate de perioadele asimptomatice cu durata de săptămâni sau luni;
2. Lipsa unor afecțiuni metabolice, gastro-intestinale sau SNC structurale sau biochimice.

Recomandări diagnostice și clinice

Tipic, vărsăturile ciclice apar la copilul cu vârsta cuprinsă între 2-7 ani, care este sănătos între episoadele de vărsătură. Acești copii se plâng deseori de simptome de migrenă, de febră și de alți membri ai familiei.

În timpul episoadelor de vărsătură, simptomele sunt: paloare, slăbiciune, hipersalivație, dureri abdominale, intoleranță la zgomot, repulsie pentru mirosuri, cefalee, diaree, febră, tahicardie, hipertensiune arterială, eritem și leucocitoză.

Factorii declanșatori sunt emoțiile sau infecțiile prezente în 80% din cazuri.

Diagnosticul diferențial trebuie să excludă: tumorile cerebrale, uropatia obstructivă, boala peptică, pancreatitele recurente, obstrucția intestinală intermitentă, pseudoobstrucția intestinală cronică și disautonomia familială.

Dintre bolile metabolice și endocrine care pot mima vărsăturile clinice de menționat: feocromocitomul, insuficiența cortico-suprarenală, diabetul zaharat, deficite ale enzimelor ciclului ureei, deficit al coenzimei A dehidrogenozei, acidemia propionică și porfiria.

Tratament

Stările emoționale declanșatoare vor fi identificate și tratate. Când episoadele sunt severe și frecvente tratamentul profilactic cu diproheptadina, amitiptilina, eritromicina, fenobarbital, sumatriptan sau propanolol pot avea succes în oprirea episoadelor.

La unii pacienți care prezintă un prodrom identificabil folosirea medicației orale cum ar fi ondansetron, eritromicina și ibuprofen pot fi folosite în mod uzual la debutul stării de greață.

La pacienții ale căror episoade nu pot fi anticipate, este bine să intervenim cât mai precoce posibil prin folosirea unei medicații anti-acide orale pentru a proteja mucoasa esofagiană și

smalțul dentar. De asemenea, se recomandă folosirea lorazepamului pentru efectul sau anxiolitic, sedativ și antiemetic.

Ondansetronul intravenos, granisetronul, difenilhidramina și clorpromazina pot avea de asemenea efect benefic pentru oprirea crizelor.

Prezența deficitelor electrolitice, a hipertensiunii arteriale și/sau a secreției inadecvate a hormonului antidiuretic vor fi detectate și tratate.

G 2 Durerea abdominală

Durerea abdominală este întâlnită la 3,40 dintre copiii diagnosticați cu TGF, având vârsta medie de 8,2 ani +/- 2,2 ani, raportul băieți/fete fiind de 0,73. Studiile arată că în 42% din cazurile diagnosticate cu durere abdominală recurentă prezentă la copiii de vârstă școlară este prezentă infecția cu Helicobacter pylori.

Nu sunt incluse în categoria TFGI, colicile sugarului și durerea abdominală recurentă (RAP) a copilului:

- a) Colicile nu sunt prezente la nivelul tractului gastrointestinal matur;
- b) RAP sunt excluse datorită a trei motive:
 1. Criteriile de definire a acestora sunt prea generale;
 2. Simptomele la școlar sunt deseori întâlnite în cadrul criteriilor dispepsiei funcționale stabilite la Roma, la IBS și la durerilor funcționale abdominale de tip adult. Pentru RAP este nevoie de criterii mult mai specifice de diagnostic, ele fiind posibil un „rezervor potențial” pentru una din categoriile mai sus menționate;
 3. Există dovezi că hiperalgezia viscerală caracteristică durerii abdominale funcționale reclamă modificări biochimice la nivelul neuronilor aferenți ai SNP și SNC care se maturizează odată cu vârsta.

Cu toate că hiperalgezia viscerală la copiii cu durere abdominală funcțională rămâne preliminară, pediatrii folosesc în mod curent această teorie de explicare a patogeniei durerii pentru a ușura componenta emoțională a părinților care se simt vinovați în privința îngrijirii copilului care este privat de componenta psiho-emoțională.

La copiii cu durere abdominală, de cauza necunoscută valoarea diagnostică a esogastroduodenoscopiei și analizei histologice a mucoasei digestive este mică.

G 2 a Dispepsia funcțională

Dispepsia înseamnă durere sau disconfort localizat în etajul abdominal superior. Prin disconfort se înțelege: senzația de plenitudine

gastrică, sațietate precoce, balonare, răgâială, stare de greață, regurgitație sau vărsătură.

Criteria de diagnostic

Dispepsia funcțională nu este riguros definită la copiii, pentru diagnostic fiind folosite criteriile de diagnostic ale adultului.

La copilul destul de matur de la care se pot obține date anamnestice corecte în privința durerii sau disconfortului abdominal superior care să cuprindă 2 săptămâni din ultimile 2 luni anterioare, care nu trebuie să fie consecutive, dar să cuprindă:

1. durere persistentă/recurentă și/sau disconfort localizat în etajul abdominal superior (deasupra ombilicului).
2. lipsa (inclusiv la endoscopia superioară a unei boli organice cu o simptomatologie asemănătoare).
3. dispepsia nu trebuie să fie declanșată de defecație sau să se asocieze cu modificări ale numărului sau consistenței scaunelor.

Conceptul de dispepsie funcțională este subdivizat pe baza unor trăsături distinctive în trei subgrupuri: ulcer-like, dysmotility-like sau nespecifică.

G 2 a 1 Dispepsia ulcer-like

Durerea localizată în abdomenul superior este simptomul predominant.

G 2 a 2 Dispepsia dysmotility-like

Se traduce printr-un disconfort localizat în abdomenul superior care se poate asocia cu pleinititudine, sațietate precoce, balonare sau greața.

G 2 a 3 Dispepsia nespecifică

Pacienții prezintă simptome în etajul abdominal superior care nu pot fi incluse nici în categoria ulcer-like, nici în dysmotility-like.

Recomandări clinice și diagnostice

Copilul trebuie să fie suficient de matur pentru a relata cu acuratețe istoria durerii.

Clinicianul trebuie să se intereseze asupra datelor privind dieta, factorii psihologici și sociali.

Trebuie excluse afecțiunile mucozale care prezintă simptome asemănătoare (esofagite, duodenite, gastrite, ulcer). De asemenea trebuie avută în vedere și posibilitatea unei infecții cu *Helicobacter pylori*. Aceste supozitii pot fi confirmate sau eliminate prin endoscopie digestivă superioară.

De asemenea, trebuie excluse o serie de afecțiuni cum ar fi pancreatita, afecțiunile hepatice

sau biliare prin determinarea amilazelor serice, a lipazei și transaminazei ca și a ecografiei abdominale.

Motivele de prezentare la medic pentru copii ce prezintă simptome ale dispepsie sunt strâns legate de prezența infecției cu *Helicobacter pylori*, statusul economic al pacienților, vârsta pacienților și, bineînțeles, de intensitatea simptomelor.

Tratament

Dispepsia funcțională la copil nu are un protocol de tratament eficient. Medicamentele și alimentele cunoscute că pot agrava simptomele vor fi evitate. Se pot folosi medicamente:

- antisecretoare de tip antagoniști ai H₂ receptorilor sau inhibitori ai pompei de protoni;
- sucraalfatul;
- antidepresive triciclice administrate în doze mici;
- medicamente prokinetice cum ar fi cisapridul sau motilium sau metoclopramidul.

Aceste trialuri terapeutice pot ameliora greața și durerea abdominală.

Psihoterapia este eficientă în situațiile coexistenței stresului psihic.

G 2 b Sindromul de intestin iritabil

Sindromul de intestin iritabil este întâlnit cu o frecvență medie de 13,9% dintre copiii diagnosticați cu IBS, având vârsta medie de 5 ani +/- 3,3 ani, raportul băieți/fete fiind de 0,8.

În IBS disconfortul abdominal sau durerea este în strânsă legătură cu defecația sau cu modificările habitusului intestinal (diaree/constipație).

10-20% din adolescenți au simptome ce aparțin IBS.

IBS este o tulburare digestivă funcțională caracterizată prin asocierea sau alternanța a trei simptome principale: durerea abdominală, tulburarea de tranzit intestinal și meteorismul abdominal, simptome ce evoluează timp de doi ani în manieră cronică sau recidivantă, în absența anomaliilor structurale sau biochimice (Drossman, 1994).

Criteria de diagnostic

La copilul mare, capabil să relateze un istoric precis al ultimilor 2 săptămâni care nu trebuie să fie neapărat consecutive în ultimile 2 luni în precedente:

1. Disconfort abdominal sau durere ce are cel puțin două din următoarele trei caracteristici:
 - a) Calmarea cu defecația;
 - b) Debut asociat cu modificarea frecvenței scaunelor;

- c) Debut asociat cu modificarea consistenței scaunelor.
- 2. Lipsa modificărilor structurale sau metabolice care să explice simptomele.

Următoarele simptome cumulative participă la diagnosticul IBS:

- frecvența anormală a scaunelor (mai mult de trei scaune pe zi sau mai puțin de trei pe săptămână)
- anomalii ale consistenței scaunelor (consistență crescută sau lichide);
- anomalii ale defecației scaunelor (fortare, urgență sau evacuare slabă/incompletă);
- eliminarea de mucus;
- balonare sau distensie abdominală.

Recomandări clinice și diagnostice

- anamneza care să respecte criteriile de diagnostic ale IBS, Roma II;
- examen fizic și dezvoltare ponderală normală.

În cazul constipației, anamneza va cuprinde date privind nutriția, aprecierea unei diete bogate în fibre.

În cazul prezentei diareei, anamneza va fi dirijată privind consumul de zahăr, suc, sorbitol și fructoză.

Factorii de alertă în privința posibilității existenței acestei boli includ: diareea sau durerea nocturnă, scăderea în greutate, sângerările rectale, febra, artrita, întârzierea pubertății și istoria familială de boală inflamatorie intestinală. Pentru aceasta trebuie efectuat un screening de laborator care să includă: hemograma, VSH, coprocultura, ex. Coporoparazitologic, testul hidrogenului expirat.

Clinicianul va respecta aspectele psiho-sociale ale copilului și familiei pentru stabilirea raportului copil-familie.

Colonoscopia cu prelevarea de biopsie se recomandă în situațiile în care simptomele sunt intractabile.

Pentru explorarea ileonului terminal (mai puțin accesibile endoscopiei) este necesară efectuarea seriata a CT.

Tratament

Dacă există certitudinea diagnosticului de IBS, obiectivele tratamentului sunt să susțină efectiv calmarea simptomelor. Clinicianul trebuie să liniștească copilul și familia ca deși IBS determină discomfort, totuși, nu este o boală gravă.

Evitarea acestor situații de stress care pot declanșa sau exacerba simptomatologia. Terapie medicamentoasă joacă un rol adjuvant în tratamentul IBS:

- Antidepresivele triciclice (Imipramina sau Amitriptilina) în doze mici s-au dovedit eficiente la adulții cu IBS, cu toate acestea nu există rapoarte concrete despre utilizarea lor în pediatrie;
- Amitriptilina are efect predominant sedativ și colinergic fiind indicată în special la copii cu durere predominant nocturnă sau la trezire sau la cei care au componentă diareică a sindromului;
- Imipramina poate reprezenta o bună alegere la copiii ce asociază constipație;
- Medicamentele anticolinergice (Dicloamina, Hisiocina, Mebeverina și Octilonium) au fost folosite pentru efectul lor antispastic;
- În formele cu constipație se recomandă creșterea aportului de fibre în dietă (consum zilnic de fibre = vârstă (ani) + 5 gr), lapte cu magneziu sau ulei mineral.

G 2 c Durerea abdominală funcțională (DAF)

Trebuie menționat faptul că termenele de „durere abdominală funcțională nu substituie pe cel de „durere abdominală recurentă a copilului”. Copilul cu DAF nu întrerupe criteriile de includere în IBS sau pe cele ale dispepsiei funcționale.

Durerea abdominală este localizată de regulă periombilical și este izolată; poate reține copilul să adoarmă, dar rareori îl trezește din somn. O parte din acești copii sunt perfecționiști iar o parte au, deseori, dificultăți de învățare.

Criterii de diagnostic

Prezența în ultimile 2 luni a:

1. Durerea abdominală permanentă sau aproape permanente la vârsta școlară sau la adolescență;
2. Durerea nu este asociată cu evenimente fiziologice (relație cu masa, menstruația sau defecația);
3. Scăderea într-o măsură a performanțelor fizice;
4. Durerea nu este similară (ex. a face pe bolnavul);
5. Pacientul nu întrunește suficiente criterii pentru alta FGID care să explice durerea

Recomandări clinice și diagnostice

Pacienții se pot plânge uneori de defalee, lipsă de concentrare, senzație de greață și oboseală.

Trebuie căutați factori psihologici cum ar fi anxietatea sau depresia la copil sau familie, somatizarea, fobia de școală, izolarea anxioasă și tendința pentru comportamentul la îmbolnăvire.

Examenul fizic, dezvoltarea copilului, precum și testele de laborator sunt normale (hemograma, VSH, examen urină, examenul scaunului, teste biochimice serice, ecografia abdominală și testul hidrogenului expirat).

Examenele radiologice și endoscopia sunt necesare atunci când simptomele sunt intractabile.

Tratament

Asigurarea eficientă și explicația apariției simptomelor în absența anomaliilor de laborator, ajută la stabilirea încrederii copilului și familiei față de medic.

Suportul psihologic pentru pacient, familie și pentru depășirea dificultăților școlare pot fi necesare în anumite condiții.

Cea mai mare garanție a succesului constă în ajutarea copilului să depășească perioada pe care o parcurge. Folosirea unui caiet personal de înregistrare a performanțelor pozitive ajută copilul să aibă încredere în el.

G2d Migrena abdominală

Migrena abdominală este o tulburare paroxistică ce afectează 2% din copii, are caracter acut, noncolicativ, cu localizare în regiunea abdomenului mijlociu, cu o durată de câteva ore și se asociază cu paloare și anorexie.

Se poate asocia cu anamneza pozitivă pentru migrenă atât fie a copilului, fie a familiei.

Criterii de diagnostic

1. Prezența în ultimile 12 luni a trei sau mai multe episoade paroxistice și intense de durere abdominală în etajul mijlociu cu durată de la 2 ore la mai multe zile, separate de episoade asimptomatice de săptămâni sau luni;
2. Lipsa unor afecțiuni metabolice, gastro-intestinale și SNC;
3. Două din următoarele simptome:
 - a) Cefalee migrenoasă;
 - b) fobie;
 - c) istoric de migrenă;
 - d) cefalee hemicraniană;
 - e) o perioadă de aură sau avertizare constând fie prezența unor tulburări de vedere (ncețoșare, scăderea vederii), paretezii (amorțeală, furnicături), anomalii motorii (vorbire neclară, imposibilitatea vorbirii, paralizii).

Recomandări clinice și diagnostice

Când există istoric familial de cefalee migrenoasă, diagnosticul este cert, totuși el rămâne prezumtiv.

Trebuie scutate în calcul toate celelalte cauze ce se asociază cu durerea abdominală severă:

obstrucție terminală intermitentă, apendicită, pancreatită recurentă, boli ale tractului biliar,uropatia obstructivă, leziuni cerebrale, înlocuitoare de spațiu, febra mediteraneană familială și unele boli metabolice.

Diagnosticul de migrenă abdominală este susținut de răspunsul favorabil la medicația folosită pentru profilaxia migrenei.

Tratament

Pizotifenul (antagonist al receptorilor pentru serotinină) are proprietăți profilactice.

Ciproheptadina este benefică la unii pacienți cu migrenă abdominală și sindromul vărsăturilor ciclice și ar putea avea și proprietăți de profilaxie a migrenei abdominale.

G2e Aerofagia

Aerofagia constă într-o înghițire excesivă de aer ce determină o distensie abdominală importantă.

Discomfortul abdominal este deseori asociat cu limitarea ingestiei alimentelor de către copil, motiv pentru care aerofagia a fost inclusă printre afecțiunile abdomenului dureros.

Criterii de diagnostic

În ultimile 12 săptămâni (nu neapărat consecutive) din precedentele 12 luni, prezența a două sau existența a două sau mai multe din simptomele următoare:

1. Înghițirea de aer;
2. Distensia abdominală cu prezența de aer intraluminal;
3. Râgâiala repetativă și flatulența excesivă.

Recomandări clinice și diagnostice

Aerofagia nu este observată, de cele mai multe ori, de părinți. Medical va observa prezența unor înghițituri repetate audibile și va cerceta prezența anorexiei, distensiei abdominale, flatulenței și râgâielilor obsesive.

Simptomele și distensia abdominală se remit în timpul somnului.

Aerofagia se poate confunda cu boala de reflux gastroesofagian (datorită zgometelor din gât) și o tulburare generalizată de motilitate cum ar fi pseudoobstrucția intestinală cronică (datorită distensiei abdominale).

Examenul clinic normal și anamneza corectă care apreciază o creștere normală ajută la excluderea unei boli organice. Anxietatea poate fi o cauză frecventă de înghițire excesivă de aer.

Tratament

Explicarea simptomelor atât copilului cât și părinților are rol benefic. Clinicianul va ajuta copilul să conștientizeze înghițiul de aer.

Folosirea excesivă a gumei de mestecat sau a lichidelor gazoase trebuie eliminată.

Anxietatea și stresul vor fi prompt îndepărtate.

G3 Diareea funcțională (diareea copilului mic, diareea cronică nespecifică, colonul iritabil al copilului)

Diareea funcțională se caracterizează prin eliminarea fără durere, recurentă a trei sau mai multe scaune neformate timp de patru sau mai multe săptămâni, cu debut în copilărie sau pe perioada preșcolară.

Nu se asociază cu falimentul creșterii dacă aportul caloric este adecvat. Aceste simptome se remit spontan la vârsta școlară.

Criterii de diagnostic

Eliminarea zilnică a trei sau mai multe scaune diareice, fără durere, timp de mai mult de 4 săptămâni, în asociere cu următoarele caracteristici:

1. Debutul simptomelor între 6 și 36 de luni de viață;
2. Eliminarea scaunelor care doc în timpul perioadelor de veghe;
3. Nu există slăbire dacă aportul caloric este adecvat.

Recomandări clinice sau diagnostice

Clinicianul trebuie să treacă în revistă cauzele diareei cronice, inclusiv infecțiile enterice, ingestia de laxative, ITU și consumul de antibiotice. Se va insista în luarea anamnezei asupra dietei excesive, abundenței, a consumului mare de sucuri sau de sorbitol, asupra ingestiei excesive de carbohidrați asociați cu un consum scăzut de grăsimi și asupra consumului de alimente alergene. În absența scăderii în greutate este exclusă asocierea unui sindrom de malabsorbție.

Majoritatea copiilor cu encopresis au zilnic crampe intestinale asociate cu evacuarea completă a scaunului în pantaloni. Ei se plâng de o ușoară constipație, iar la examenul fizic și radiologic nu se efectuează mase fecale în rect.

Tratament

Este contraindicată instituirea unei diete restrictive care poate induce o privare calorică. Copiii își revin spontan fără să necesite un tratament specific. Sunt importante măsurile efective de

liniștire a părinților în sensul că nu este nevoie de o anumită dietă specifică, restrictivă, pentru ameliorarea simptomelor.

G4 Tulburări ale defecației

Frecvența tulburărilor de defecție la copiii sănătoși variază în raport cu vârsta. Circa 20% din pacienții examinați în cabinet de către gastroenterologul pediatru, prezintă acuze legate de defecție, vârsta medie fiind de 2,1 ani +/- 0,8 ani.

G4 a Dischezia infantilă

Copiii cu dischezie se forțează și se screm în timpul efortului prelungit al defecției. Acest comportament persistă mai mult de 20 de minute, fiind urmat de eliminarea unui scaun moale sau lichid. Această situație se poate repeta mai multe zile și este prezentă în primele luni de viață. Simptomele se remit spontan în câteva săptămâni.

Criterii de diagnostic

Prezența în primele 6 luni de viață, la un sugar sănătos, a unui efort prelungit de defecție care să fie asociat, cel puțin 10 minute, de scremete și țipete, înainte de eliminarea unui scaun moale.

Recomandări clinice și diagnostice

Această tulburare se pare că se datorează încordării dintre presiunea intraabdominală și relaxarea peretelui pelvic, ce se întâlnește la nou născut și sugarul mic. Este absolut necesară luarea unei anamneze complete (inclusiv asupra dietei), efectuarea unui examen fizic (inclusive tușeu rectal) ce permite excluderea altor anomalii.

Tratament

Părinții se linișesc după ce medicul efectuează un examen fizic complet și apreciază că sugarul este sănătos. Această tulburare se remite odată cu realizarea coordonării între presiunea abdominală și relaxarea peretelui pelvic.

Pentru evitarea persistenței discheziei trebuie descutate manevrele de stimulare rectală care pot genera o experiență senzorială artificială, potențial nesănătoasă.

G4 b Constipația funcțională

Este întâlnită în medie la 3% din copiii examinați de pediatru și la 25% din consultațiile efectuate de gastroenterologul pediatru, reprezentând 0,3%-0,8% dintre TGIF.

Nu există suficiente date care să separe constipația funcțională de retenția fecală funcțională,

asa încât nu se cunoaște cu excitate frecvența reală a constipației funcționale.

Copiii cu paralizie cerebrală dezvoltă deseori constipație funcțională.

Criterii de diagnostic

Prezența la sugar sau la copilul preșcolar pe o perioadă de cel puțin 2 săptămâni a următoarelor simptome:

1. Majoritatea scaunelor sub formă de scibale, gloduri sau foarte tari;
2. Nu există anomalii structurale, endocrine sau metabolice.

Recomandări clinice și diagnostice

Efectuarea unei anamneze și a unui examen clinic complet orientează diagnosticul spre constipație funcțională în marea majoritate a cazurilor.

Întârzierea eliminării meconului pe toată perioada neonatală crește suspiciunea pentru boala Hirschsprung.

În puține cazuri de alimentație la sân poate persista, pentru câteva săptămâni, unele tulburări de motilitate cu tendința la constipație, însă scaunele sunt moi.

Tranziția de la alimentația lăctată la cea bazată pe formule alimentare pentru sugar se asociază deseori cu o constipație funcțională aparentă. Totuși copiii care au scaun la un interval mai mare de o săptămână au mai degrabă o boală enterică neuromusculară, anatomică sau metabolică.

Severitatea constipației, la cei care au și dischinezie biliară este corelată cu producția crescută la testul de eliminare expiratorie a lactulozei.

Trebuie excluse deseori consumul de medicamente ce determină constipația.

Examenul fizic, inspecția coloanei vertebrale, verificarea ROT și a refluxului cremasterian ajută la excluderea unei spine bifide.

În final, practicarea unui fușeu rectal permite evaluarea anatomică și funcțională a sfincterului anal și permite aprecierea prezenței sau nu a conținutului anorectal.

Este importantă recunoașterea la timp a unei constipații funcționale, deoarece poate predispuce la dezvoltarea unei retenții fecale funcționale.

Trebuie avută în vedere constipația asociată cu dezvoltarea insuficientă, cu persistentă distensiei abdominale, asocierea febrei, a vărsăturilor biliouse sau a altor anomalii ale examenului fizic ce pot sugera o cauză chirurgicală a constipației.

Tratament

Folosirea sucurilor de fructe care conțin fructoză și sorbitol cum ar fi suc de prune și suc de pere, pot crește conținutul de apă al scaunului

Orzul, siropul de cereale, lactuloza și sorbitolul pot fi de asemenea folosite, însă uleiurile minerale nu sunt recomandate.

Se va face o corelație echilibrată între aportul de alimente solide și cel care trebuie asociat cu un aport suficient de lichide și de fibre vegetale (vârsta în ani + 5 = număr de grame, fibre vegetale pe zi).

G4 c Retenția fecală funcțională

Este forma cea mai comună de constipație și de encopresie la copil. Ea constă în eforturi repetitive de defecație și de evitare a defecației de teamă.

Consecutiv se acumulează o cantitate apreciabilă de materii fecale în rect.

Criterii de diagnostic

Prezența la copilul mic și la copilul până în vârstă de 6 ani, în ultimele 2 săptămâni a:

1. Eliminării unor scaune cu diametru crescut la un interval mai mic de 2 ori pe săptămână;
2. Încercarea repetativă de a avea scaun prin contracții propulsive ale peretelui pelvic asociată cu teama de reluare a procesului de defecație. Pe măsură ce musculature perineala bobosește, copilul folosește musculature gluteale, strângând fesele.

Simptomele asociate pot include encopresis, iritabilitate, crampe abdominale, scăderea apetitului și/sau satietate precoce. Aceste simptome dispar imediat ce are loc eliminarea unui scaun voluminos.

Recomandări clinice și diagnostice

Examenul fizic permite evaluarea masei de materii fecale rectale, care este apreciată după localizarea acesteia mai înaltă în fosa iliacă stângă și prin consistența lui la palparea bimanuală. La acești copii, care au teama durerii în timpul defecației, necesitatea fușului rectal este absolută.

Un examen neurologic atent permite excluderea unei spine bifide oculte, care poate fi cauza unei encopresis retenționale sau non-retenționale. Manometria anorectală și electrografia sfincteriană, ca și irigografia sunt uneori necesare.

Tratament

Medicul împreună cu copilul și părinții vor stabili un orar al scaunului, fiind necesară, deseori, folosirea zilnică de ulei mineral administrat pe cale orală. Mulți tineri cu retenție fecală funcțională sunt speriați de orice tentativă de manipulare

anală și consideră clisma ca pe o manevră groaznică. În alte situații masele fecale sunt văzute ca pe o potențială obstrucție fiind necesare clismele sau laxativele ce favorizează eliminarea conținutului fecal.

Folosirea uleiurilor minerale care să înmoaie scaunul, a lactulozei și a lavajului colonic cu soluții saline, asigură o perioadă îndelungată de defecație nedureroasă, contribuind la remisiunea acestei tulburări.

G4d Encopresisul

Dintre copiii de vârstă școlară cu probleme de defecație, 56% au encopresis.

Encopresisul poate fi o manifestare a unei tulburări emoționale în perioada școlară. Episoadele de encopresis pot avea o relație cu prezența anumitor persoane (ex. a părinților) sau cu momentul zilei, și poate reprezenta o acțiune impulsivă, generată înconștient de o stare de furie.

Criterii de diagnostic

Prezența o dată sau de două ori pe săptămână într-un interval de 1-2 săptămâni precedente, la copilul mai mare de 4 ani, a unei anamneze ce cuprinde:

1. Defecația involuntară „în pantaloni” într-un context social nepotrivit;
2. Absența unei boli structurale sau inflamatorii;
3. Absența semnelor de retenție fecală prezente la G4c

Tratament

Scopul tratamentului este de a sprijini familia să înțeleagă că nu este vorba de o boală organică să accepte că aceasta se datorează unei probleme psiho-emotionale.

Dintre copiii cu vârstă între 3-6 ani, 8% sunt încă dependenți de pampers.

Tabelul 1
Tulburările funcționale gastrointestinale

A. Tulburări esofagiene

- A1 Globus
- A2 Sindromul de ruminație
- A3 Durerea toracică funcțională de origine presupus esofagiană
- A4 Arsura esofagiană funcțională

- A5 Displagia funcțională
- A6 Tulburări esofagiene nespecifice

B Tulburări gastroduodenale

- B1 Dispepsia funcțională
- B1a Dispepsia Ulcer-Like
- B1b Dispepsia Dysmotility-Like
- B1c Dispepsia funcțională Nespecifică
- B2 Aerofagia
- B3 Vărsăturile funcționale

C Tulburări intestinale

- C1 Sindromul intestinal iritabil
- C2 Balonarea abdominală funcțională
- C3 Constipația funcțională
- C4 Diareea funcțională
- C5 Tulburări funcționale intestinale nespecifice

D Durerea abdominală funcțională

- D1 Sindromul dureri abdominale funcționale
- D2 Durerea funcțională abdominală nespecifică

E Tulburări biliare

- E1 Disfuncția veziculei biliare
- E2 Disfuncția sficterului Oddi

F Tulburări anorectale

- F1 Inconștiență fecală funcțională
- F2 Durerea funcțională anorectală
- F2a Sindromul indicatorului anal
- F2b Proctalgia fugace
- F3 Disinergia peretelui pelvic

G Tulburări funcționale pediatrice

- G1 Vărsăturile
- G1a Regurgitația infantilă
- G1b Sindromul de ruminație infantilă
- G1c Sindromul vărsăturilor ciclice
- G2 Durerile absominale
- G2a Dispepsia funcțională
- G2b Sindromul intestinului iritabil
- G2c Durerile abdominale funcționale
- G2d Migrarea abdominală
- G2e Aerofagia
- G3 Diareea funcțională
- G4 Tulburări de defecație
- G4a Dischezia infantilă
- G4b Constipația funcțională
- G4c Retenția fecală funcțională
- G4d Murdărirea fecală non-retențională

BIBLIOGRAFIE

1. **Benninga MA, Buller HA, Heymans HAS și colab.** – Is encopresis always the result of constipation. *Amer J Dis Child*, 1994; 71: 186-93
2. **Drossman DA, Corazzari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, Rome II** – Gastrointestinal disorders, *GUT*, sept 1999, 45 suppl. II, p. II 1 -II 80
3. **Drossman DA, Creed FH, Fava GA și colab.** – The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis pathophysiology and treatment. MC Lean, VA: *Degnon Associates*, 1994.
4. **Drossman DA** – Do the Rome criteria stand up? Goebell H, Holfman G, Talley NS (eds) – Functional dyspepsia and irritable bowel syndrome concepts and controversies. Follk Symposium, 1998, *Dordrecht: Kluwer Academic Publishers*, 1998, 11-18.
5. **Erasmio Miele, Domenico Simeone, Antonio Marino și colab.** – FGID in children: An Italian Prospective Survey, *Oficial J of the American Academy of Pediatrics*, vol 114, 1, iulie 2004, pag. 73-74.
6. **Forbes D, Withers G** – Prophylactic therapy in cyclic vomiting syndrome. *J Pediat Gastroenterol Nutr*, 1995; 21 (suppl 1): S57-9.
7. **Gauderer MWL, Halpin TC, Izant RJ** – Pathologic childhood aerofagia: a recognisable clinical entity. *J Pediat Surg*, 1991; 16: 301-5.
8. **Hymans JS, Treem Wr, Etienne NL și colab.** – Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community based study. *J Pediat*, 1996; 129: 220-6.
9. **Kalpesh Thakkar, Mark Gilger, Robert Shulman EGD** in Children With Abdominal Pain: A systematic review. *American J Gastroenterol*, vol 102, 3, p 654, martie 2007.
10. **Levine MD** – Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics*, 1979; 56: 412-16.
11. **Loening-Baucke V** – Chronic constipation in children, *Gastroenterol*, 1993; 105: 1557-64.
12. **Manes G, Malfertheiner P** – Relationship of *Helicobacter pylori* infection with gastrointestinal motility, *Ital J Gastroenterol Hepatol*, 1999; 31: 705-12.
13. **Mortimer MJ, Kay J, Jaron A** – Clinical epidemiology of childhood abdominal migraine in a urban general practice. *Devel Med Child Neurol*, 1993; 35: 243-8.
14. **Pfau BT, Li Buk** – Differentiating cyclic from chronic vomiting patterns in children- quantitative criteria and diagnostic implications. *Pediatrics*, 1996; 97: 367-8.
15. **Rasquin Veber A, Hyman PE și colab.** – Childhood functional gastrointestinal disorders, *Gut*, 1999; 45: SII, p II60-II69.
16. **Soumya Chatterjee, Sandy Park, Kimbrly Low și colab.** – The degree of breath methane production in IBS correlates with the severity of constipation, *American J Gastroenterol*, aprilie 2007, vol 102, issue 4, pag 837.
17. **Talley NJ, Colin-Jones D, Koch KL și colab.** – Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnostic and management. *Gastroenterol Int*, 1991; 4: 145-60.
18. **Torsoli A** – From Roma 88 to Roma 99: back to the future, *Ital J Gastroenterol Hepatol*, 1999; 31: 721-2.