

Czynnościowe zaparcie stolca – wyzwanie wyłącznie dla pediatry czy również dla chirurga?

A. Głowczewski¹, A. Dybowska², P. Kupniewska², A. Sobacka³, K. KroczeK⁴, A. Krogulska¹, P. Gałązka⁴

¹Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²SKN Alergologii i Gastroenterologii Dziecięcej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³SKN Chirurgii Dziecięcej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁴Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

WSTĘP

Przewlekłe zaparcie czynnościowe u dzieci często wymaga wielodyscyplinarnego leczenia. Wartość interwencji chirurgicznych w przypadku braku efektu podstawowego postępowania, jak modyfikacja diety, stylu życia oraz leczenia farmakologicznego, nie została do tej pory jasno określona.

CEL PRACY

Analiza przypadków klinicznych pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego z powodu przewlekłego zaparcia czynnościowego.

METODY

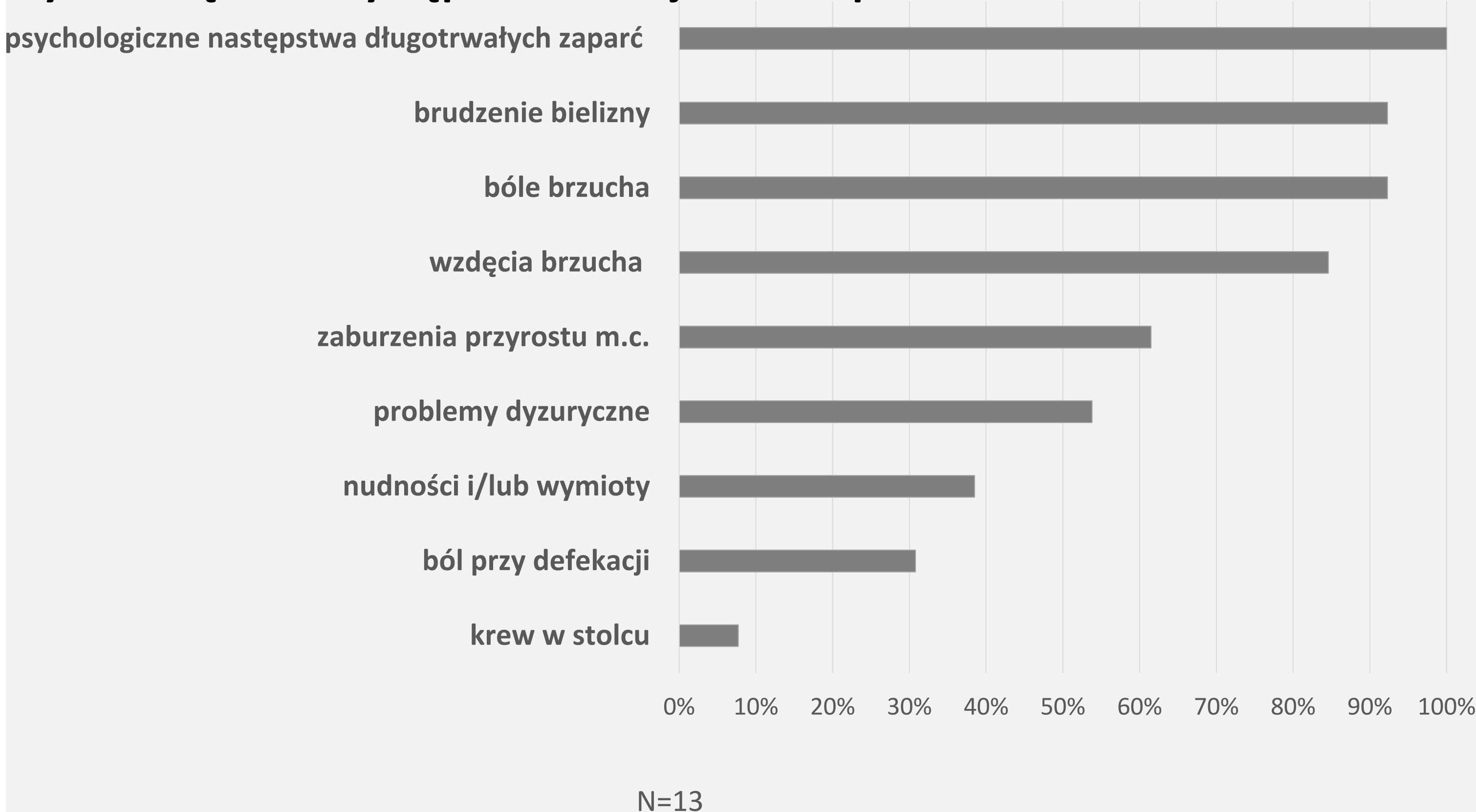
Analiza danych medycznych 160 dzieci hospitalizowanych w latach 2013-2021 w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii oraz w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży z powodu przewlekłego zaparcia czynnościowego opornego na leczenie zachowawcze.

Grupa badana to pacjenci z ciężką postacią zaparcia czynnościowego zakwalifikowani do leczenia chirurgicznego z powodu braku poprawy po leczeniu zachowawczym.

WYNIKI

Grupe badaną stanowiło 13 dzieci, średnia wieku $9,1 \pm 4,04$ lat. Najczęstszymi objawami w grupie badanej były psychologiczne następstwa długotrwałych zaparć, brudzenie bielizny oraz bóle brzucha (Ryc. 1.).

Ryc. 1. Częstość występowania objawów zaparcia



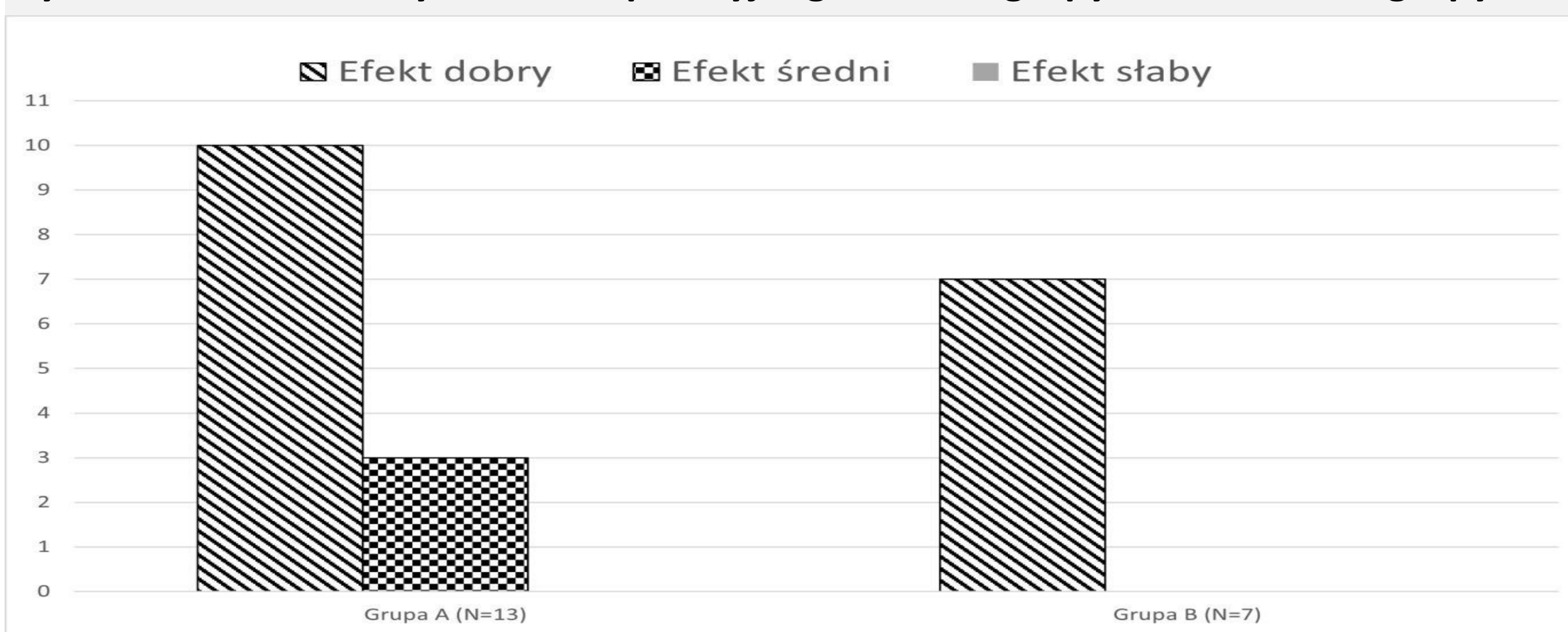
U 11 dzieci powikłaniem zaparcia było megarectum, potwierdzone radiologicznie. Średni czas trwania zaparcia przed zabiegiem wynosił $5,6 \pm 2,8$ lat. W okresie przedoperacyjnym 9 pacjentów było leczonych zachowawczo.

Wszystkich pacjentów zakwalifikowano do leczenia etapowego, tj. wyłonienia kolostomii z jednoczasową lub odroczoną resekcją odcinkową poszerzonego jelita i odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Pacjentów przyporządkowano do dwóch grup: grupa A to dzieci po wyłonieniu kolostomii, grupa B dotyczyła dzieci po resekcji segmentalnej i odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego. U wszystkich pacjentów wykluczono aganglionozę jelita grubego.

W całej grupie badanej odnotowano subiektywną poprawę funkcjonowania po wyłonieniu przetoki jelitowej. Nie obserwowano ciężkich powikłań chirurgicznych po wyłonieniu kolostomii: u 2 pacjentów wystąpiło wyciekanie stomii, u jednego ekskoriacje naskórka i u jednego zrosty jelitowe z niedrożnością. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego wykonano do tej pory u 7 dzieci (czas od wyłonienia stomii do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego wynosił średnio $21,14 \pm 4,9$ miesiące).

W wyniku leczenia chirurgicznego uzyskano samoistne defekacje i poprawę funkcjonowania pacjentów, większość z nich wymaga jednak okresowej podaży makrogoli oraz okresowych wlewk.

Ryc. 2. Kliniczne efekty leczenia operacyjnego dzieci z grupy A oraz dzieci z grupy B



WNIOSKI

U dzieci z przewlekłym zaparciem czynnościowym wskazania do leczenia chirurgicznego występują rzadko. Przy braku skuteczności leczenia zachowawczego zaparcia u dzieci z wtórnymi następstwami w postaci poszerzenia odbytnicy i zaburzeniem funkcjonowania społecznego dziecka, należy pamiętać o możliwości uzyskania poprawy poprzez leczenie chirurgiczne.